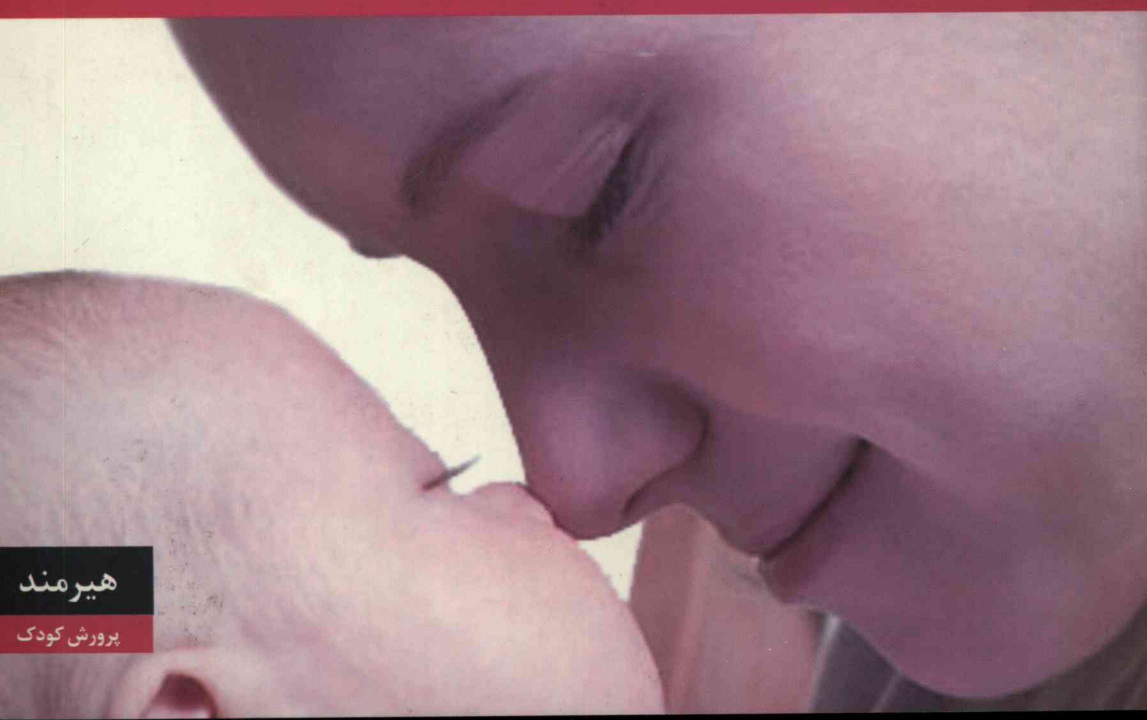
مرجعی جامع، دقیق و اموزنده
برای زنان باردار

از مجموعه کتاب‌های «به زبان آدمیزاد»

بارداری

به‌زبان آدمیزاد

دکتر جوآن استون، دکتر کیت ادلمن، مری دوئن والد
ترجمه‌ی نیالا نصیراوغلی



هیرمند
پرورش کودک

بارداری

به زبان آدمیزاد

ویراست دوم

تلفن‌ها و آدرس‌های مهم

پزشک شما:

نام ______________________

تلفن ______________________

آدرس ______________________

پزشک متخصص نوزاد شما:

نام ______________________

تلفن ______________________

آدرس ______________________

بیمارستان یا زایشگاه:

نام ______________________

تلفن ______________________

آدرس ______________________

پزشک متخصص (سونوگرافی، متخصص بیماری‌های داخلی، متخصص بیماری‌های مادری ـ جنینی و غیره)

نام ______________________

تلفن ______________________

آدرس ______________________

چیزهایی که باید برای همراه بردن به بیمارستان به یاد داشته باشید:

- ✓ همسر
- ✓ یک عدد حوله‌ی حمام و لباس خواب
- ✓ لوازم بهداشتی
- ✓ لباس زیر چسبانی که کثیف شدن آن با خون برای شما اهمیت نداشته باشد
- ✓ لباس اضافه برای برگشت به خانه، از جمله کفش‌های راحت و جادار
- ✓ لباس نوزاد
- ✓ صندلی ماشین نوزاد (همسر شما می‌تواند این مورد را در روز ترخیص به‌همراه بیاورد)
- ✓ نوار بهداشتی (در صورتی که مایل به استفاده از نوار بهداشتی‌های قدیمی‌ای که اکثر بیمارستان‌ها می‌دهند نباشید.)
- ✓ یک دوربین (فیلم را فراموش نکنید!)
- ✓ شماره تلفن بستگان و دوستانی که می‌خواهید تلفن کنید
- ✓ مدارک بیمه
- ✓ چند آب‌نبات چوبی یا مکیدنی
- ✓ درصورت تمایل رادیو، ضبط صوت یا دستگاه پخش سی‌دی
- ✓ پول خرد برای تلفن، پارکینگ یا دستگاه‌های سکه‌ای

جدول زمانی رایج برای معاینات و آزمایشات پیش از زایمان

هفته	آزمایشات احتمالی
۶ ـ ۸	گروه‌خونی، بررسی سرخجه، شمارش گویچه‌های خون، بررسی هپاتیت، سونوگرافی
۱۰ ـ ۱۲	بررسی داپلری از قلب جنین
۱۵ ـ ۱۸	آزمایش پروتئین جنینی آلفا (AFP)، که گاهی اوقات بررسی سه‌گانه گفته می‌شود، آمنیوسنتز (در صورتی که مورد نظر باشد)
۱۸ ـ ۲۲	التراسوند برای ارزیابی آناتومی جنین
۲۴ ـ ۲۸	آزمایش قند خون برای بررسی دیابت حاملگی
۲۸ ـ ۳۶	معاینات هر هفته در میان بررسی فشار خون، وزن، پروتئین در ادرار، و رشد جنین.
۳۶ ـ ۴۰	معاینات هفتگی برای بررسی تمام موارد بالا و ارزیابی وضعیت جنین. برخی از پزشکان برای بررسی دهانه‌ی رحم معاینات داخلی انجام می‌دهند، برخی برای بررسی استرپتوکوکس گروه ب کشت مهبلی ـ مقعدی انجام می‌دهند.
۴۰ ـ ؟؟	معاینات ۲ بار در هفته برای اطمینان از سلامت جنین

علائم اختصاری رایج در پزشکی

علامت اختصاری	شکل کامل عبارت
AFP	پروتئین جنینی آلفا
AMA/APA	سن مادری / پدری بالا
CNM	پرستار ماما با مجوز کار
CRL	طول تاج سر تا سرین
CVS	نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی
EDD یا EDC	تاریخ تخمینی زایمان یا تاریخ تخمینی مقرر
EFW	وزن تخمینی جنین
WGA	سن تخمینی حاملگی
IUGR	محدودیت رشد داخل رحمی
LGA	بزرگ‌تر از سن حاملگی
LMP	آخرین دوره‌ی قاعدگی
MFM	طب بیماری‌های مادری ـ جنینی
SGA	کوچک‌تر از سن حاملگی

رشد فرزند شما

هفته‌های بارداری (برحسب آخرین دوره‌ی قاعدگی)	وزن متوسط	طول متوسط
۸	۱ گرم	۳/۸۱ سانتی‌متر
۱۰	۵ گرم	۶/۱۰ سانتی‌متر
۱۲	۲۰ گرم	۸/۸۹ سانتی‌متر
۱۴	۶۰ گرم	۱۰/۴۱ سانتی‌متر
۱۶	۱۲۰ گرم	۱۵/۸۸ سانتی‌متر
۱۸	۲۳۰ گرم	۱۹/۸۱ سانتی‌متر
۲۰	۳۴۰ گرم	۲۴/۷۷ سانتی‌متر
۲۲	۴۵۰ گرم	۲۷/۹۴ سانتی‌متر
۲۴	۶۸۰ گرم	۲۹/۷۲ سانتی‌متر

هفته‌های بارداری (برحسب آخرین دوره‌ی قاعدگی)	وزن متوسط	طول متوسط
۲۶	۹۱۰ گرم	۳۱/۷۵ سانتی‌متر
۲۸	۱/۲۵ کیلوگرم	۳۴/۸ سانتی‌متر
۳۰	۱/۶۵ کیلوگرم	۳۷/۶ سانتی‌متر
۳۲	۲ کیلوگرم	۳۹/۶۲ سانتی‌متر
۳۴	۲/۳۵ کیلوگرم	۴۱/۶۶ سانتی‌متر
۳۶	۲/۷۲ کیلوگرم	۴۴/۴۵ سانتی‌متر
۳۸	۳/۱۰ کیلوگرم	۴۷/۵ سانتی‌متر
۴۰	۳/۴۰ کیلوگرم	۴۹/۵۳ سانتی‌متر

هیرمند
www.hirmandpublication.com

بارداری

به زبان آدمیزاد

ویراست دوم

اثر دکتر جوآن استون، دکتر کیت اِدلمَن و مری دوئن‌والد

ترجمه‌ی نیالا نصیراوغلی

هیرمند

سرشناسه	: استون، جوآن Stone, Joanne
عنوان و نام پدیدآور	: بارداری به زبان آدمیزاد/ اثر جوآن ستون، کیت ادلمن، مری دوئن‌والد؛ ترجمه‌ی نیالا نصیراوغلی.
مشخصات نشر	: تهران: هیرمند، ۱۳۸۹.
مشخصات ظاهری	: ۴۴۸ ص.
شابک	: 978-964-408-194-1
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: .Pregnancy for dummies, 3nd ed. c2008
یادداشت	: چاپ قبلی: کاروان، ۱۳۸۵.
موضوع	: آبستنی -- به زبان ساده
موضوع	: تولد -- به زبان ساده
شناسه افزوده	: ادلمن، کیت
شناسه افزوده	: Eddleman, Keith
شناسه افزوده	: دوئن‌والد، مری
شناسه افزوده	: Duenwald, Mary
شناسه افزوده	: نصیراوغلی، نیالا، ۱۳۴۷ -، مترجم
رده‌بندی کنگره	: ۱۳۸۹ ۲ب۵۶الف/RG۵۲۵
رده‌بندی دیویی	: ۶۱۸/۲۴
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۱۰۹۸۵۶

هیرمند

باردای به زبان آدمیزاد
جوآن استون، کیت ادلمن
مری دوئن‌والد
(پرورش کودک)

Pregnancy for Dummies
Joanne Stone, Keith Eddleman
Mary Duenwald

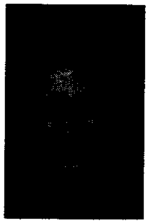
مترجم : نیالا نصیر اوغلی
چاپ هفتم : ۱۳۹۱ (دوم ناشر)
صفحه‌آرایی : آتلیه‌ی هیرمند
طراحی جلد : آتلیه‌ی هیرمند
لیتوگرافی : کارا
چاپ : سپیدار
تیراژ : ۳۰۰۰ نسخه
۸۵۰۰ تومان

ISBN: 978-964-408-194-1

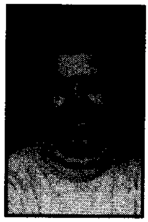
مرکز پخش: هیرمند ـ ۶۶۹۵۳۰۷۶
تهران ـ صندوق پستی ۴۵۹-۱۳۱۴۵

www.hirmandpublication.com

درباره‌ی نویسندگان



دکتر جوآن استون، عضو هیئت علمی بخش مادری ـ جنینی در مجتمع پزشکی مونت سـینای در نیویورک اسـت. او مدیر واحد سـونوگرافی نوزادی و نیز مسئول رسـیدگی به بیماران دچار بارداری‌های پرمسئله اسـت. او در تمام کشور تدریس کرده و مقالات متعددی منتشر کرده است و به‌ویژه در مورد بارداری‌های چندقلویی تخصص دارد. او خارج از کار، وقتش را با همسرش جرج و دو دختر کوچکش، کلوئه و سابرینا می‌گذراند.



دکتر کیت ادلمن، به همراه جوآن در بیمارستان مونت سینای کار می‌کند. او نیز عضو هیئت علمی و مدیر بخش بیماری‌های مادری ـ جنینی است. او به دانشجویان پزشکی، دستیارها و دانشجویان فوق تخصص تدریس می‌کند. در تمام جهان سخنرانی کرده است و یک برنامه‌ی مشاوره‌ی تلویزیونی نیز دارد. تخصص او در سونوگرافی و ژنتیک تولیدمثل اسـت. در وقت آزادش، اگر وقتی بماند، یا وقتش را با خانواده‌اش در مانهاتان می‌گذراند و یا در ویلایشان در خارج نیویورک.

مری دوئن‌والد، نویسنده و ویراستاری است که سال‌ها در روزنامه‌نگاری طبی تبحر داشته است. او برای نشریات نیویورک تایمز، دیسکاور، سمیثسونیان، و دیارچرز قلم زده است. او سرویراسـتار چندین نشریه‌ی دیگر نیز بوده است. مادر دوقلوهایی به نام‌های نیک و کلر موری است.

فهرست کوتاه

فهرست تفصیلی

تقدیم به

جرج، کلوئه، سابرینا، رجینا، فیلیپ، فرانک، ملبا، جک، نیک، و کلر،

به خاطر عشق و حمایتشان

سپاسگزاری نویسندگان

نوشتن این کتاب به‌راستی زحمتی همراه با عشق بود. مایلیم از هرکسی که نقشی در «تولد» این کتاب داشته است، و به ویژه افراد زیر، سپاسگزاری کنیم:

کتی کاکس، تریســی کامبی،چد ســیورز، تامی بوث، جنیفر اهرلیش،کرستی بک، الیزابت کوبال، پائولا لاول، و سایر همکاران در انتشارات وایلی،که فکر این کتاب از آن‌ها بود و ما را در تمام این مسیر هدایت کردند.

سوفیا سیدنر، کارولین کراپ، کارکنان گروه بین‌المللی مدیریت، که ارتباط میان ما و انتشارات وایلی را برقرار کردند.

دکتر جیل فیشبین مایر، به خاطر برقراری ارتباط اولیه.

دکتر جفری پنمان، دکتر لین فریدمن، مری دآلتون، ریچارد برکویتز و رامونا سلوپیک، به خاطر پیشنهادها و نظرهای عالی‌شان.

دکتر یان هولزمن، به خاطر کمک به ما هنگام نوشتن بخش نوزادی.

کاترین بورن به خاطر هنرهای تصویری این کتاب.

و تمامی بیمارانمان در تمام این سال‌ها، که ذهن فعال و نیاز آن‌ها به اطلاعات دقیق، الهام‌بخش ما در نوشتن این کتاب بود.

مقدمه

این کتاب را بارداری به زبان آدمیزاد نامیدن طعنه‌آمیز است، زیرا هدف کلی آن، این اســت که زوج‌های امروزی ابله نیستند (به لحاظ سنتی) و در صورتی که اطلاعات پیچیده‌ی پزشــکی به‌طور واضح مطرح شود، کاملاً قادر به درک آن هستند. هدف ما، در حقیقت، نوشتن یک کتاب راهنمای علمی صحیح و جامع برای چیزی است که یکی از به‌یاد ماندنی‌ترین تجربیات زندگی هرکس، بارداری بوده است. مجموعه کتاب‌های به زبان آدمیزاد، به‌خاطر دقت، اطلاع‌رسانی، و در عین حال ساده‌نویسی شــهرت یافته است. به همین دلیل است که این قالب را پیدا کردیم تا از طریق آن برای ارائه‌ی اطلاعات پزشکی مربوط به بارداری، بی‌عیب و نقص باشیم و با این همه به حوصله و نشاط که بخشی از روند شگفت‌انگیز بچه‌دار شدن است اذعان و حتی ترغیب کنیم.

درباره‌ی این کتاب

مــا بنا بر تجربه‌ی خود در مراقبت از هزاران زن در مرکز پزشــکی مونت ســینای نیویورک سیتی، می‌دانیم والدین آینده حقیقتاً نسبت به هرچیز مربوط به بارداری، از زمان تشکیل قلب بچه تا خوردن یا نخوردن سوشی[1] و یا اینکه رنگ کردن موی ســر بلامانع اســت یا نه، علاقه‌مند و کنجکاوند. در این کتاب پاسخ‌های خود را به بسیاری از سؤالات رایج ضمیمه می‌کنیم. روش ما در برخی از سؤالات بحث‌برانگیز، پاسخگویی براساس اطلاعات پزشکی موجود است. اطمینان می‌دهیم که هم پاسخی مرتبط یا قابل اطمینان ارائه می‌کنیم و هم پاسخی براساس کتاب‌های پزشکی. گاهی راهی برای اطلاع از قابل اطمینان بودن موضوعی وجود ندارد، و در چنین موردی، به شما می‌گوییم.

اغلب بیماران ما با خواندن مطلبی در کتابی که هم قدیمی شده و هم هیچ اساس علمی واقعی ندارد، یا به‌طرزی اغراق‌آمیز نامتناسب است، با نگرانی بسیار زیادی به ما مراجعه می‌کنند. (حدس بزنید موضوع چیست؟ می‌توانید در زمان بارداری ماهی تن

---

۱. نوعی غذای ژاپنی که شامل ماهی خام است. م.

تازه بخورید. همچنین می‌توانید سبزیجات و میوه‌های تازه‌ای را که از سوپر مارکت می‌خرید، بدون نگرانی شبانه‌روزی از انباشته شدن سموم بر روی آن‌ها بخورید.) اکثر مواقع، اطلاعات موجود در کتاب‌های مربوط به بارداری یا به شیوه‌ای جنجال‌برانگیز عنوان شده، یا به‌درستی در جای خود قرار نگرفته است. مشکل اینجاست که زنان باردار، به‌طور طبیعی، پیش از این نیز نگرانند که آنچه انجام می‌دهند یا می‌خورند، به جنینشان آسیب برساند. اصل هدایتگر روش ما، به تصویر کشیدن واقعیت‌ها است، نه ایجاد اضطراب یا ترس بی‌مورد. بارداری باید یک لذت باشد، نه نگرانی. بخش اعظم فلسفه‌ی ما از نوشتن این کتاب آن است که به جای افزودن نگرانی‌های غیرضروری که زنان باردار خودبه‌خود دارند، در زمانی که از نظر پزشکی امکان‌پذیر باشد، اطمینان‌بخشی هم بکنیم.

تجربه به ما نشان داده است که والدین آینده مایلند درباره‌ی جنبه‌های پزشکی موجود در بارداری آگاه شوند. چه زمانی قلب بچه شکل می‌گیرد؟ چه زمانی انگشتان به وجود می‌آید؟ چه نوع آزمایش‌های خونی باید انجام شود، و چرا؟ چه امکاناتی برای تشخیص مشکلات مختلف وجود دارد؟ به منظور پرداختن به این موضوعات، تلاش کرده‌ایم کتابی بنویسیم که اساساً یک متن پزشکی مربوط به زایمان برای افراد عادی باشد. ما از اشتیاق والدین در کسب اطلاعات بیشتر در مورد بارداری قدردانی کرده و به آن احترام می‌گذاریم، و معتقدیم که این کتاب یک منبع اطلاع‌رسانی غنی — قابل درک، لذت‌بخش، و گاهی شوخ‌طبعانه است.

ما از متخصصان زنان و زایمانی استفاده می‌کنیم که دارای مدرک فوق‌تخصص بیماری‌های مادری ـ جنینی[1] (بارداری‌های پرخطر) نیز هستند، و همچنین به رزیدنت‌ها، دانشجویان پزشکی، و سایر پزشکان در مورد بارداری و مراقبت‌های پیش از زایمان آموزش می‌دهیم. بنابراین با تجربه‌ی زیادی این پروژه را آغاز کردیم. همچنین، با بسیاری از همکارانمان در حوزه‌های پزشکی خارج از متخصصان زایمان، برای مثال متخصصان اطفال، داخلی، و بیهوشی مشورت کرده‌ایم. برای بسیاری از موضوعات، تحقیقات جامعی بر کتب پزشکی انجام داده‌ایم تا اطمینان دهیم که اطلاعات فراهم شده براساس جدیدترین مطالعات موجود است. همکاری با مری موری بر روی کتاب، تأثیر بسزایی بر اطمینان ما از قابل فهم بودن اطلاعات پزشکی فراهم شده برای کسی داشته است که در این رشته تخصص ندارد. به‌علاوه، مری در مقام مادری که فرزندان دوقلو دارد، توانسته است بینش منحصر به‌فرد خود را در جنبه‌های مختلف بارداری در اختیار ما قرار دهد.

---

۱. در ایران این گونه بیماران به پریناتولوژیست‌ها ارجاع داده می‌شوند. م.

ویراست دوم بارداری به زبان آدمیزاد را طوری طراحی کرده‌ایم که به‌تدریج، در حالی که وارد هریک از مراحل بارداری می‌شـوید، از آن اسـتفاده کنید. بسیاری از زنان نسبت به آنچه در پیش رو دارند، کنجکاوند و مایلند بی‌وقفه کل کتاب را بخوانند. ولی اطلاعات طوری تنظیم شده است که در صورت تمایل، می‌توانید آن را به نوبت در دوره‌های سـه‌ماهه مطالعه کنید. همچنین در صورت مواجهه با سؤال یا مشکل خاصی می‌توانید، مشورت کنید.

اطمینان داریم که از این کتاب به‌عنوان یک همراه در مراقبت منظم پزشکی استفاده خواهید کرد. شاید برخی از اطلاعات موجود در این کتاب، موجب شود سؤالاتی از پزشـک خود بپرسـید که احتمالاً به فکر آن‌ها نبوده‌اید. از آنجایی که همیشه یک پاسخ یا حتی یک پاسخ صحیح به هر پرسشی وجود ندارد، ممکن است متوجه شوید پزشک شما در بعضی موارد، نظری متفاوت با نظر ما دارد. این تفاوت عقیده طبیعی است، و در حقیقت، گاهی حتی این تفاوت به اختلاف مبدل می‌شود. خلاصه‌ی کلام آنکه این کتاب اطلاعات موجود بسیاری را فراهم می‌کند، ولی «کتاب خدا» نیست. به‌یاد داشته باشید بسیاری از موضوعاتی که به آن می‌پردازیم، به‌طور کلی در بارداری مورد استفاده قرار می‌گیرد، ولی وضعیت خاص شما می‌تواند جنبه‌های منحصر به فردی داشته باشد که دقت متفاوت یا بیشتری را ایجاب کند.

چه چیز تازه‌ای در این ویراست وجود دارد

نوشـتن این کتاب شباهت بسـیاری زیادی با به‌دنیا آوردن یک نوزاد دارد. این کار برنامه‌ریزی، تحقیق، تلاش و عشق فراوانی با خود داشت و به افتخار و لذت فوق‌العاده‌ای برای هردوی ما منجر شد. به‌هرحال، اکنون چهار سال از تولد اولین نسخه‌ی بارداری به زبان آدمیزاد گذشته است، و احساس می‌کنیم زمان آن رسیده که به ویراست دوم آن بپردازیم. طب، و خصوصاً رشته‌ی زنان و زایمان، همواره در حال تغییر است. به منظور حفظ جدیدترین روند و اخبار پزشکی، اطلاعات را برای ویراست دوم، مورد تجدید نظر قرار داده و به‌روز رسانده‌ایم.

همانند ویراسـت اول، به‌جای تکیه بر گفته‌ها و شنیده‌ها، بر مبنای اطلاعات علمی عمل کرده‌ایم. تحقیقات اخیر پزشـکی به برخی سـؤالات پاسخ داده است که ما را در مراقبت بهتر از زنان باردار کمک می‌کند. برای مثال، اطلاعات جدیدی درباره‌ی درمان درد زایمان زودرس و بررسی سندرم دان اضافه کرده‌ایم. جریان‌های اجتماعی و فرهنگی که بر روی همه‌ی ما تأثیر می‌گذارد، بر زنان باردار نیز تأثیرگذار اسـت. هنگامی که ویراسـت اول را نوشتیم، بوتاکس و آبله موضوعات مهمی نبود، ولی در

این ویراست به آن‌ها می‌پردازیم، زیرا امروز بیشتر مورد بحث و بررسی‌اند. به‌علاوه، و از همه مهم‌تر، برای نسخه‌ی دوم، به نظرات و پیشنهادهای بیمارانمان گوش داده‌ایم و بسیاری از آن نظرات را در این کتاب گنجانده‌ایم.

قراردادهای اجتماعی استفاده شده در این کتاب

شناخت قراردادهای اجتماعی مورد استفاده‌ی ما در این کتاب، می‌تواند در خواندن این کتاب به شما کمک کند.

با وجود آنکه هنوز زوج‌های سنتی، یعنی زن و شوهرها، اکثریت والدین در انتظار به شمار می‌آیند، سعی ما بر آن است به این اصل احترام بگذاریم که کودکان در شرایط مختلفی به‌دنیا می‌آیند. این شرایط ممکن است شامل والدین مجرد، زوجین هم‌جنس، والدینی که کودکی را به فرزندخواندگی گرفته‌اند، یا بارداری‌هایی باشد که شامل مادران جانشین است. خلاصه‌ی کلام آنکه اطلاعاتی که ارائه می‌کنیم، برای افراد در شرایط بسیار متفاوت، مناسب و مفید است.

همچنین می‌دانیم متخصصان زایمان، تنها متخصصانی نیستند که می‌توانند در طول دوران بارداری به زنان کمک کنند. (برای توضیحات خاص در مورد انواع متعدد متخصصانی که می‌توانند در کمک به زنان باردار و به‌دنیا آوردن بچه نقشی اصلی ایفا کنند، به فصل ۲ رجوع کنید.) به همین دلیل است که در موارد متعددی، به متخصص بارداری شما به‌عنوان «پزشک شما» اشاره می‌کنیم. و در بعضی موارد، به‌صراحت از واژه‌ی «دکتر» نام می‌بریم، ولی معمولاً تنها از این عنوان استفاده می‌شود که موقعیتی را توضیح دهیم که خدمات یک پزشک ضرورت می‌یابد.

آنچه می توانید نخوانید

هر متنی که جلوی آن نشان « نکات فنی» قرار گرفته باشد، اطلاعاتی دور از ذهن و معمولاً با توضیحات عمیق‌تر علمی یا (البته) تخصصی در مورد موضوع ارائه می‌دهد. شاید این نکته‌های مهم برای شما جالب باشد یا نباشد، اما مطمئن باشید می‌توانید با اطمینان خاطر از آن‌ها صرف‌نظر کرده، و همچنان هر آنچه درباره‌ی بارداری می‌خواهید بدانید، پیدا کنید.

فرضیات مضحک

همان‌طور که کتاب را می‌نوشـــتیم، فرضیاتی درباره‌ی شــما و آنچه می‌تواند مورد نیازتان باشد، در نظر گرفتیم:

- ✓ شاید زنی باشید که به بارداری فکر می‌کنید، برای بچه‌دار شدن برنامه‌ریزی می‌کنید، یا هم‌اکنون باردارید.
- ✓ شاید شما همسر یک زن باردار باشید.
- ✓ شاید کسی را می‌شناسید و دوست دارید که باردار است یا برای باردار شدن برنامه‌ریزی می‌کند.
- ✓ می‌خواهید درباره‌ی بارداری بیشتر بدانید، ولی مایل نیستید در این موضوع کارشناس بشوید.
- ✓ هرکدام از این معیارها با شما تناسب داشته باشد، ویراست دوم کتاب بارداری به زبان آدمیزاد، اطلاعاتی را که می‌جویید، به شما می‌دهد.

این کتاب چگونه تنظیم شده است

بخش‌ها و فصل‌های این کتاب با روندی منطقی، اطلاعات مربوط به فرایند بارداری را ارائه می‌دهد. با وجود این، مجبور نیستید به ترتیب آن را بخوانید. می‌توانید این کتاب را بردارید، ورق بزنید و هرچه به نظرتان می‌رسد بخوانید؛ در فهرست عناوین یا نمایه، موضوعات خاصی را پیدا کنید، یا کتاب را از اول تا آخر بخوانید. برای دریافت یک شمای کلی و جامع‌تر، به بخش‌های زیر توجه کنید.

بخش ۱: برنامه‌ریزی کار

مسلماً، هنوز برخی از زنان به‌طور «تصادفی» باردار می‌شوند. ولی این روزها، بارداری برای بسیاری از زنان، یک انتخاب آگاهانه است. برنامه‌ریزی از قبل ـ حتی مراجعه به پزشک قبل از بارداری، فکر خوبی است. حتی اگر برای برنامه‌ریزی از قبل دیر شده باشد، این کتاب شما را در جریان اتفاق‌هایی قرار می‌دهد که در روزها و هفته‌های اول بارداری در بدن شما اتفاق می‌افتد. در این بخش، از آنچه در معاینه‌ی دوران بارداری نیز اتفاق می‌افتد، باخبر می‌شوید و می‌توانید تصویری کلی از زندگی خود را در ۴۰ هفته‌ی آتی دریافت کنید.

بخش ۲: بارداری: شور و هیجانی در سه پرده

بارداری، مانند تمام داستان‌های خوب، سه بخشِ شروع، میانه و پایان دارد. به این بخش‌ها دوره‌های سه‌ماهه می‌گویند. در هر مرحله، نوع احساس و نوع مراقبت مورد نیاز شـــما تفاوت می‌یابد. در این بخش، تصویـــری ذهنی از نحوه‌ی ظهور هریک از دوره‌های سه‌ماهه به‌دست می‌آورید.

بخش ۳: اتفاق بزرگ: درد زایمان، وضع حمل و بهبودی

پس از آنکه نُه ماه را به اتمام رساندید، وقت اضطراب برای فعالیتی می‌شود که به تولد فرزندتان منجر می‌شود. در این موقع، اتفاق‌های زیادی در زمانی کوتاه رخ می‌دهد. تجربه‌ی شخصی شما، به میزان بسیار زیادی به نوع زایمان و مدت آن بستگی دارد. این بخش به سناریوی اصلی درد زایمان، وضع حمل و بهبودی می‌پردازد؛ به همراه شرایط احتمالی گوناگونی که ممکن است رخ دهد.

بخش ۴: نگرانی‌های خاص

این بخش جایی اســت برای کســب اطلاعات درباره‌ی نگرانی‌های خاصی که شاید به‌عنوان والدین جدید، گرفتارشان باشید ـ از توضیحات مناسب برای مطرح کردن ورود نوزاد جدید به خواهر یا برادر بزرگترش، تا مشکلات وضعیت جسمانی که گاهی در دوران بارداری به‌وجود می‌آید.

از یک ســو، چه خوب بود مجبور نبودیم بخشی درباره‌ی مشکلاتی داشته باشیم کــه در دوران بارداری پدید می‌آید. کاش تجربه‌ی همه‌ی زن‌ها کاملاً بی‌دردســر باشد. از سویی دیگر، اگر به بسیاری از مشکلاتی که بروز می‌کند دقیقاً توجه شود، به مشــکلات بزرگ و پیچیده مبدل نمی‌شود. به همین دلیل، اطلاعاتی مبنی بر چگونگی برخورد با بروز هرگونه مشــکلی ارائه می‌کنیــم. اگر فکر می‌کنید دچار هرنوع مشــکلی، از جدی تا پیش پا افتاده هستید، این بخشی است که می‌توانید با آن مشورت کنید.

بخش ۵: بخش ده‌تایی‌ها

بخش «ده‌تایی‌ها» در تمام کتاب‌های به زبان آدمیزاد استاندارد است. پیش از شروع به نوشتن این کتاب، مطمئن نبودیم چگونه این بخش از کتابمان را مثمر ثمر کنیم. ولی در آخر، بسیار خوشحال شدیم محلی در اختیار داریم تا بسیاری از جنبه‌های بارداری را به‌طور خلاصه بگنجانیم. اینجا، از نحوه‌ی رشد کودک مطلع می‌شوید، و اینکه چگونه می‌توانید او را در سونوگرافی مشاهده کنید. همچنین برخی از خرافات شایع را زدوده و دلایل موجهی ارائه می‌کنیم تا آرام باشید و از بارداری خود لذت ببرید.

ضمیمه

در اکثر کتاب‌های بارداری، متأسفانه پدر کودک نادیده گرفته می‌شود. ما فکر می‌کنیم این مسئله شرم‌آور است. پدران هم، البته، می‌توانند از هر بخش مورد علاقه‌ی خود (یا بخشی که مادر باردار به آن‌ها راهنمایی می‌کند.) بخوانند، ولی ما یک نمای کلی خردمندانه نیز از کل فرایند در ضمیمه گنجانده‌ایم. لذت ببرید!

نشان‌های مورد استفاده در این کتاب

این کتاب نیز، مانند سایر کتاب‌های به زبان آدمیزاد، نشان‌های کوچکی در حاشیه‌ها دارد تا شما را در میان اطلاعات راهنمایی کند و بر آنچه می‌خواهید بدانید، متمرکز کند. در زیر نشان‌ها و معنای آن‌ها را توضیح داده‌ایم.



این نشان هشدار می‌دهد می‌خواهیم کمی عمیق‌تر در یک توضیح پزشکی وارد شویم. منظور این نیست که درک این اطلاعات بسیار مشکل است، اما کمی مفصل‌تر است.



اطلاعات خاصی را با این نشان مشخص می‌کنیم تا اعلام کنیم به خاطر سپردن این نکته اهمیت ویژه‌ای دارد.



این نشان، توصیه‌هایی را ارائه می‌دهد که می‌توانید در برخورد با برخی از ناراحتی‌های جزئی و مشکلات دیگر دوران بارداری، از آن‌ها استفاده کنید.



در سراسر این کتاب، سعی کرده‌ایم بیش از حد هشدار ندهیم، اما شرایط و فعالیت‌هایی وجود دارد که یک خانم باردار باید جداً از آن‌ها خودداری کند. در این موارد، نشان هشدار را به شما نشان می‌دهیم.



بسیاری از مسائلی که در دوران بارداری احساس می‌کنید یا متوجه آن‌ها می‌شوید، این سؤال را در ذهن شما ایجاد می‌کند: « آیا این موضوع آن قدر مهم است که لازم باشد به پزشکم خبر بدهم؟» هنگامی که جواب بله باشد، این نشان را می‌بینید.



بنا به تجربه می‌دانیم بارداری می‌تواند غریزه‌ی نگرانی را در شما تحریک کند. گاهی احساس کمی نگرانی طبیعی است، ولی برخی از زنانِ بی‌قرار، به‌خاطر مسائلی دچار تشویش می‌شوند که واقعاً مشکلی نیست. از این نشان، بیش از نشان‌های دیگر استفاده می‌کنیم تا موارد بی‌ارزشی را که لازم نیست خود را دلواپس آن‌ها بکنید، مشخص کنیم.

حالا چه باید کرد

اگر از آن افراد دقیقید، از فصل ۱ شروع کنید و با ضمیمه مطالعه را به انتها برسانید. اگر فقط دنبال اطلاعات خاصی هستید و بعد کتاب را می‌بندید، نگاهی به فهرست عناوین یا مضامین بیندازید. گوشه‌ی صفحاتی را که مورد علاقه‌ی خاص و یا مربوط به شماست، تا بزنید. در حاشیه‌های سفید یادداشت‌های کوچکی بنویسید. خوش باشید و از همه بیشتر، از بارداری خود لذت ببرید!

بخش ۱

برنامه‌ی کار

موج پنجم

اثر ریک تننت



در این بخش...

«مطمئن نیستم آمادگی داشته باشم!»

این واکنشی طبیعی است که وقتی پی می‌برید باردارید، از خود نشان می‌دهید. مهم نیست چه مدت به بچه‌دار شدن فکر می‌کرده‌اید و مهم نیست چه مدت برای باردار شدن سعی کرده‌اید. ناگهان، با این واقعیت روبه‌رو شده‌اید که بدن شما دستخوش تغییرات بزرگی شده، و یک بچه درون شما در حال شکل‌گیری است. خوب، شاید احساس آمادگی نکنید، اما به آسانی می‌توانید تا حد کافی آماده شوید. بهتر است آمادگی شما چند ماه قبل از بارداری، با مراجعه به یک دکتر شروع شود. ولی حتی اگر از برنامه‌ی کار جلو نباشید، این بخش به شما برخی از شیوه‌های متعددی را می‌گوید تا بتوانید پیشاپیش برای بیشتر از نُه ماهِ بسیار مهم و بسیار جالب برنامه‌ریزی کنید.

فصل۱

از اینجا تا بارداری

در این فصل

- بررسی وضعیت سلامتی خود و سابقه‌ی خانوادگی
- آماده‌سازی بدن خود برای بارداری
- بگذارید اتفاق افتد: بارداری آسان است

مبارک است! اگر الان باردارید، در شرف یکی از هیجان‌انگیزترین ماجراهای زندگی خود هستید. سال آینده یا در این حدود، سرشار از تغییرات فوق‌العاده‌ای خواهد شد و (امیدواریم) توام با سعادتی وصف‌ناپذیر باشد. اگر در فکر باردار شدن هستید، احتمالاً برای آینده هیجان‌زده و کمی هم نگرانید.

و اگر بارداری شما در مراحل برنامه‌ریزی است، برای آنکه بدانید چه‌کار می‌توانید انجام بدهید تا برای بارداری آمادگی پیدا کنید، این فصل را بررسی کنید ــ ابتدا نزد پزشکتان بروید و سابقه‌ی وضعیت سلامت خود و خانواده‌تان را بررسی کنید. بعد متوجه می‌شوید که آیا برای بارداری در وضعیت مطلوب هستید، یا اینکه به کم و زیاد کردن وزن، اصلاح رژیم غذایی، ترک سیگار، یا قطع دارویی نیاز دارید که می‌تواند برای بارداری‌تان مضر باشد. همچنین توصیه‌هایی اولیه درباره‌ی آسان‌ترین روش باردار شدن ارائه می‌دهیم، و به موضوع نازایی اشاره می‌کنیم.

آمادگی برای باردار شدن: معاینه‌ی قبل از بارداری

از زمانی‌که قاعدگی شما قطع شود و متوجه شوید باردارید، جنین دو هفته یا بیشتر، دستخوش تغییرات چشمگیری می‌شود. چه باور کنید و چه نکنید، از زمانی‌که جنین تنها دو یا سه هفته سن دارد، مراحل تشکیل قلب و مغز او آغاز شده است. از آنجا که سلامت عمومی و تغذیه‌ی شما می‌تواند بر این اندام‌ها تأثیر بگذارد، آماده‌سازی بدن پیش از بارداری واقعاً مهم است. برای اطمینان از هماهنگی و آمادگی بدن

خود برای اقدام، وقت ملاقات از پزشکتان بگیرید که به آن معاینه‌ی پیش از بارداری گفته می‌شود.

گاهی می‌توانید این معاینه را در وقت‌های منظمی که نزد پزشک زنان دارید، برنامه‌ریزی کنید: وقتی برای انجام آزمایش سرطان (تست پاپ) سالیانه می‌روید، اشاره کنید در فکر بچه‌دار شدنید، و پزشک شما اقدامات مقدماتی را انجام می‌دهد. اگر تا چند ماه دیگر موعد انجام آزمایش سالیانه‌تان نمی‌رسد و اکنون آماده‌اید تا برای باردار شدن اقدام کنید، همین حالا قرار یک معاینه‌ی پیش از بارداری را با پزشک خود تنظیم کنید، و در صورت امکان، پدر آینده را نیز همراه خود ببرید، تا هردو بتوانید سوابق وضعیت جسمانی خود را تهیه کنید و بدانید از این ماجرا باید چه انتظاری داشته باشید.

اگر هم‌اکنون باردارید و معاینه‌ی پیش از بارداری نداشته‌اید، نگران نباشید، زیرا پزشک شما در اولین معاینه‌ی دوران بارداری، این مسائل را بررسی می‌کند که در فصل ۵ به آن می‌پردازیم.

نگاهی به سابقه‌ی خود بیندازید

معاینه‌ی پیش از بارداری، برای پزشک شما فرصتی است تا زمینه‌های نگرانی را شناسایی کرده، و شما و فرزندتان را ــ حتی قبل از اینکه باردار شوید ــ سالم نگه‌دارد.عوامل متعددی در این امر تأثیر دارد و پزشک احتمالاً در موارد زیر از شما سؤالاتی می‌پرسد:

- ✓ **بارداری‌های قبلی و سابقه‌ی بیماری‌های زنان:** اطلاعات مربوط به بارداری‌های قبلی، می‌تواند پزشک شما را برای تصمیم‌گیری در بهترین وضعیت کنترل بارداری‌های آتی‌تان کمک کند. او از شما می‌خواهد در مورد بارداری‌های قبلی، هرنوع سقط جنین یا نوزادان نارس، چندقلوزایی ــ یا هر وضعیتی که می‌تواند دوباره اتفاق بیفتد ــ توضیح بدهید. برای مثال، دانستن اینکه درگذشته مشکلاتی مانند درد زودرس زایمان یا فشار خون بالا داشته‌اید یا نه، برای پزشک مفید است. سابقه‌ی بیماری‌های مربوط به زنان هم به همان اندازه مهم است، چرا که اطلاعاتی مانند جراحی قبلی بر رحم یا دهانه‌ی آن، یا سابقه‌ی قاعدگی‌های نامنظم نیز می‌تواند بر بارداری شما تأثیر بگذارد.
- ✓ **سابقه‌ی خانوادگی شما:** بررسی سوابق پزشکی خانواده‌ی شما، پزشک را از شرایطی آگاه می‌کند که می‌تواند بارداری شما را دچار مشکل کند یا به

جنین در حال رشـد منتقل شود. باید به سوابق خانوادگی خود بپردازید، تا شـانس اختلالات خاص قبل از بارداری را، مانند سابقه‌ی خانوادگی در مورد نقایص لوله‌ی عصبی (به‌عنوان مثال، اسـپینا بیفیـدا[1])، که بر روی بارداری شما تأثیر می‌گذارد کاهش دهید. (به بخش ضمیمه در همین فصل با عنوان «چرا جنجالی ناگهانی برای فولیک اسید به‌وجود آمده است؟» رجوع کنید.) در فصل ۸، با جزئیات بیشـتری به بیماری‌های گوناگون ژنتیک و روش‌های آزمایش آن‌ها می‌پردازیم.

✓ آن دسته از شما که استفاده از تخمک یا اسپرم اهدایی را در نظر دارید، به‌یاد داشـته باشید که سـابقه‌ی ژنتیکی اهداکننده به همان اندازه‌ی سایر موارد بیولوژیکی والدین اهمیت دارد. تا آنجا که می‌توانید تحقیق کنید.

✓ **نگاهی به ریشـه‌های قومـی و نژادی:** معاینه‌ی پیش از بارداری شـما شامل سؤالاتی درباره‌ی والدین و تیره‌ی پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌هایتان هم اسـت، نه به این خاطر که پزشک شما فضول است، به دلیل آنکه برخی از مشـکلات موروثی، در جماعت خاصی متمرکز شـده است. به‌علاوه، مزیت فهمیدن چنین مشکلاتی قبل از بارداری، آن است که اگر شما یا همسرتان در معرض خطر یکی از این مشـکلات هسـتید، زمان بیشتری برای کسب اطـلاع و بررسـی تمام راه‌های انتخابی خود در اختیـار دارید. (به فصل ۵ رجوع کنید.)

ارزیابی وضعیت سلامت کنونی

اکثر زنانی که بارداری را در پیش دارند، کاملاً سالمند و مشکلی ندارند که بتواند بـر بارداری تأثیر بگذارد. با وجود این، یک قرار معاینه‌ی پیش از بارداری بسـیار مفید اسـت، زیرا زمان برنامه‌ریزی و کسـب اطلاعات بیشـتر دربـاره‌ی نحوه‌ی بهینه‌سـازی امکانات برای داشـتن یک بارداری سـالم و بدون مشکل فرا رسیده است. می‌توانید از نحوه‌ی دستیابی به وزن ایده‌آل بدن خود و نحوه‌ی شروع یک برنامه‌ی ورزشـی مناسـب و مصرف ویتامین‌های دوران بارداری به همراه فولیک اسید شروع کنید.

---

۱. ضایعه‌ای در ستون فقرات که نتیجه‌ی یکی نشدن کامل قوس‌های مهره‌ای در خط وسط اسـت. این ضایعه گاهی خیلی وسیع است و باعث فتق نخاع و پرده‌های منتژ می‌شود. گاهی هم خیلی خفیف است و فقط در رادیوگرافی تشخیص داده می‌شود. م.

چرا جنجالی ناگهانی بر روی فولیک اسید به‌وجود آمده است؟

فولیک اسید چیزی بود که وقتی مادرتان شما را باردار بود، هرگز به آن فکر نکرده بود. ولی در دهه‌ی گذشته، فولیک اسید به یک نیاز غذایی برای تمام زنان باردار مبدل شد. این تحول در سال ۱۹۹۱ به‌وجود آمد؛ زمانی که یک تحقیق پزشکی در انگلستان نشان داد فولیک اسید (همچنین به‌عنوان فولات نیز شناخته شده و یک ماده‌ی غذایی در گروه ویتامین ب است.) بازگشت مجدد نقایص مادرزادی را در مغز و نخاع کاهش داده است. (نقایص لوله‌ی عصبی نیز گفته شده است.) این کاهش در ۸۰ مورد، در مواردی رخ می داد که فرزند قبلی مادر مبتلا شده بود. مطالعات بعدی نشان داده است حتی در میان زنانی که هرگز کودکی با نقایص مغزی و نخاعی نداشته‌اند، کسانی که به میزان کافی فولیک اسید مصرف می کنند، می توانند خطر ابتلا به اسپینا بیفیدا (یک نقص نخاعی) و آنانسفالی (یک نقص مغزی و جمجمه‌ای) را ۵۰ تا ۷۰ درصد کمتر کنند. امروزه، به تمام زنانی که در نظر دارند باردار بشوند، توصیه شده است هرروز ۰/۴ میلی گرم فولیک اسید مصرف کنند، که حداقل ۳۰ روز قبل از بارداری شروع می‌شود. مصرف را زودتر شروع می کنید تا هنگام تشکیل لوله‌ی عصبی، مقدار زیادی از ماده‌ی غذایی در سیستم بدن شما موجود باشد. در صورتی که سابقه‌ی عدم تشکیل قسمت خلفی ستون فقرات، آنانسفالی یا شرایطی مشابه در خانواده وجود داشته باشد ــ مخصوصاً اگر فرزندی با چنین مشکلاتی دارید ــ باید روزانه ده برابر بیشتر از مقدار معمول مصرف کنید (۴ میلی گرم کامل).

از ۱۹۹۶ تا به حال، سازمان دارو و غذای امریکا، درخواست کرده که تمام غلات «غنی شده» ــ آرد، ذرت، ماکارونی و برنج ــ با فولیک اسید غنی شود. همچنین سایر منابع غذایی که شامل سبزیجات سبز برگ، غلات و جگر است. ولی برای اطمینان از میزان مصرف کامل، از یک مکمل استفاده کنید. هر قرص ویتامین ویژه‌ی دوران بارداری، حداقل ۰/۴ میلی گرم اسیدفولیک به بدن شما می‌رساند.

به هرحال، برخی از زن‌ها دچار اختلالات پزشکی‌اند که می‌تواند بر بارداری اثرگذار باشد. از پزشک خود انتظار داشته باشید در مورد وجود هریک از این شرایط از شما سؤال کند. مثلاً، اگر به دیابت مبتلایید، تثبیت میزان قند خون قبل از بارداری و کنترل آن در دوران بارداری مهم است. اگر مستعد فشار خون بالایید، دکترتان مایل خواهد بود قبل از بارداری آن را کنترل کند، زیرا کنترل فشار خون بالا می‌تواند زمانبر باشد و به چندین بار تغییر داروها نیاز داشته باشد. اگر دچار مشکلات دیگری مثلاً صرع هستید، کنترل بیماری و داروهای شما حائز اهمیت است. در شرایطی مانند لوپوس اریتماتوز سیستمیک[1] (SLE)، ممکن است

۱. Systemic lupus Erythematosus: بیماری خودایمنی التهاب پوست همراه با تکه‌های دیسک‌مانند با لبه‌های برجسته‌ی قرمز. م.

پزشـک، شما را تشـویق کند زمانی برای باردار شـدن اقدام کنید که علایمتان بسیار کم باشد.

می‌توانید انتظار سؤالاتی درباره‌ی کشیدن سیگار، افراط در مصرف مشروبات الکلی بیش از یک یا دو بار در روز، یا استفاده از هر نوع ماده‌ی مخدر/ توهم‌زا را داشته باشید. پزشـک شما را استنطاق نمی‌کند و بعید است سرزنشتان کند. پس راحت باشید و صادقانه پاسخ بدهید. این عادات می‌تواند برای بارداری مضر باشد، و بهتر است قبل از بارداری آن‌ها را کنار بگذارید. پزشک می‌تواند روش‌هایی برای ترک این عادات به شما توصیه کند یا شما را به گروه‌هایی برای کمک و حمایت ارجاع دهد.

همچنین لازم اسـت در مورد هر نوع داروی با نسـخه یا بدون نسخه‌ای که به‌طور منظـم مصـرف می‌کنید و رژیم غذایی و ورزش روزانـه‌ی خود صحبت بکنید. آیا ویتامیـن مصرف می‌کنید؟ آیا به‌طـور مکرر رژیم می‌گیرید؟ آیـا گیاه‌خوارید؟ آیا به‌طور منظم خارج از منزل کار می‌کنید؟ در مورد تمام این موارد با پزشـک خود صحبت کنید.

اگر اخیراً معاینه‌ی داخلی یا تست پاپ اسمیر انجام نداده‌اید، احتمالاً پزشک به شما توصیه می‌کند در طی همین معاینه‌ی پیش از بارداری، آن را انجام بدهید.

پاسخ به سؤالات رایج

معاینه‌ی قبل از بارداری، زمانی است که می‌توانید از پزشک خود سؤال کنید. در این بخش، به رایج‌ترین سؤالات درباره‌ی وزن بدن، داروها، واکسیناسیون و خودداری از جلوگیری از بارداری پاسخ می‌دهیم.

رسیدن به وزن ایده‌آل بدن

اغلب زن‌ها خودشـان به اندازه‌ی کافی نگران وزنشان هستند و دوست ندارند کس دیگـری هـم این موضوع را به آن‌هـا بگوید. ولی این نکته مهم اسـت: بارداری در زنانی که زیاد چاق یا لاغر نباشند، راحت‌تر پیش می‌رود. زنانی که اضافه‌وزن دارند، بیشـتر در معرض خطر دیابت یا فشار خون بالا در دوران بارداری قرار می‌گیرند، و معمولاً احتمال بیشتری دارد که نوزادشان را از طریق سزارین به‌دنیا بیاورند. زنانی که کمبود وزن دارند، در معرض به‌دنیا آوردن نوزادانی بسیار کوچک (کمتر از وزن تولد) هستند.

نکته

سعی کنید قبل از بارداری، به وزن طبیعی و سالم برسید. تلاش برای کاهش وزن پس از بارداری، حتی با وجود اضافه‌وزن، توصیه نمی‌شود. و اگر برای شروع کمبود وزن داشته باشید، جبران وزن در زمانی که بچه در حال رشد است، می‌تواند مشکل باشد. (درباره‌ی وزن ایده‌آل و اضافه کردن وزن در فصل ۴ بیشتر می‌خوانید.)

بررسی داروهایی که مصرف می‌کنید

مصرف بسیاری از داروها ــ هم بدون نسخه و هم با نسخه ــ در بارداری بی‌خطر است. ولی تعدادی از داروها می‌تواند در رشد جنین مشکلاتی به‌وجود بیاورد. بنابراین پزشک خود را از تمام داروهایی که مصرف می‌کنید، مطلع کنید. اگر یکی از آن‌ها مشکل‌ساز باشد، احتمالاً می‌توانید چیزی مطمئن‌تر جایگزین کنید. به‌خاطر داشته باشید تنظیم مقدار دارو و کنترل عوارض جانبی آن‌ها می‌تواند وقت‌گیر باشد.

ارائه‌ی داروها و مواد شیمیایی زیر را در دوران بارداری بی‌خطر دانسته‌اند:

- ✓ استامینوفن
- ✓ آسیکلوویر
- ✓ داروهای ضد تهوع (برای مثال فنوتیازین و تری متوبنزامید)
- ✓ آنتی‌هیستامین‌ها (برای مثال، دوکسی‌لامین)
- ✓ آسپارتام (با نام‌های تجاری نوترا سوییت و ایکوال)
- ✓ آسپرین با مقدار پایین
- ✓ آرام‌بخش‌های ملایم (مثلاً میروبامات، کلردیازپوکساید، و فلوکستین)
- ✓ پنیسیلین، سفالکسین، کوتریموکسازول، اریترومایسین، و چند آنتی‌بیوتیک دیگر
- ✓ زایوودین [1]

موارد زیر برخی از داروهای شایعی است که خانم‌ها قبل از باردار شدن در مورد آن‌ها سؤال می‌کنند:

---

۱. داروی ضد ویروس. م.

- ✓ **قرص‌های ضد بارداری:** گاهی اوقات خانم‌ها در هنگام مصرف قرص باردار می‌شوند (زیرا مصرف آن را فراموش می‌کنند و یا در طول ماه تعدادی از آن‌ها را دیرتر مصرف می‌کنند.) و بعد نگران نقایص مادرزادی در جنین می‌شوند. ولی قرص‌های ضد بارداری عوارض بیماری را بر روی جنین نشان نداده است. دو تا سه درصد از تمام نوزادان نقایص مادرزادی دارند، و نوزادان زنانی که قرص‌های ضد بارداری مصرف می‌کنند، در معرض خطر بیشتری قرار ندارند.

- ✓ **ایبوپروفن (ماترین، اَدویل):** مصرف گاه به‌گاه این داروها و سایر عوامل غیراستروئیدی ضدالتهابی در طول دوران بارداری (برای درد یا التهاب) بلامانع است و ربطی به مشکلات نوزادان ندارد. به‌هرحال، از مصرف مداوم و طولانی این داروها در طول دوران بارداری خودداری کنید (مخصوصاً در سه‌ماهه‌ی آخر)، زیرا امکان تأثیر را بر عملکرد پلاکت و رگ‌های خونی در دستگاه گردش خون جنین دارد.

- ✓ **ویتامین آ:** اگر مقدار زیادی از این ویتامین یا برخی از مشتقات آن در دوران بارداری در جریان خون وجود داشته باشد، می‌تواند موجب بروز سقط جنین شود. وضعیت از آنجا پیچیده می‌شود که ویتامین آ تا چند ماه پس از مصرف می‌تواند در بدن بماند. قطع هریک از داروهایی که از مشتقات ویتامین آ است ــ شایع‌ترین آن‌ها داروی ضد آکنه‌ی آکوتان است ــ حداقل یک ماه قبل از اقدام به بارداری حائز اهمیت است. دانشمندان هنوز نمی‌دانند آیا استفاده از کرم‌های موضعی شامل مشتقات ویتامین آ ــ برای مثال، کرم‌های ضد پیری مانند رتین آ و رنوا ــ مانند داروهای خوردنی مشکل‌ساز است یا نه، پس در مورد آن‌ها با پزشک خود مشورت کنید.

  برخی از زنان، که گیاه‌خوارند و به حد کافی در رژیم غذایی خود ویتامین آ دریافت نمی‌کنند یا از کمبود ویتامین آ رنج می‌برند، از قرص‌های مکمل آن استفاده می‌کنند. حداکثر مقدار بی‌خطر در دوران بارداری روزانه ۵۰۰۰ واحد بین‌المللی (IU) است. (برای رسیدن به منطقه‌ی خطر لازم است دوبرابر این مقدار را مصرف کنید.) مولتی‌ویتامین‌ها، از جمله ویتامین‌های دوران بارداری، به‌طور خاص دارای ۵۰۰۰ واحد بین‌المللی یا کمتر از ویتامین آ است. برای اطمینان برچسب روی شیشه را کنترل کنید.

نگران نباشید

اگر نگرانید ویتامین دوران بارداری به‌علاوه‌ی رژیم غذایی، شما را به «منطقه‌ی خطر» ۱۰۰۰۰ واحد در روز برساند، خاطرتان جمع باشد که دریافت این میزان ویتامین آ در رژیم غذایی بسیار مشکل است.

- **داروهای رقیق‌کننده‌ی خون:** زنانی که در بروز لخته‌های خونی مستعدند یا دریچه‌های مصنوعی قلب دارند، باید هر روز داروهای رقیق‌کننده‌ی خون مصرف‌کنند. مصرف یک نوع از این داروها، با نام کومادین یا مشتقات آن می‌تواند باعث سقط جنین، آسیب رشد جنین، یا مشکلات خونریزی یا نابهنجاری‌های ساختاری در بارداری شود. زنانی که از این دارو استفاده می‌کنند و در فکر باردار شدن هستند، باید داروی خود را با رقیق‌کننده‌ی دیگری عوض کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر از پزشک خود سؤال کنید.
- **داروهای ضد فشارخون بالا:** مصرف بسیاری از این داروها در دوران بارداری بی‌خطر است. به هرحال، از آنجا که تعدادی از این داروها مشکل‌ساز است، باید برای درمان فشار خون بالا، در مورد هر دارویی با دکتر خود مشورت کنید (به فصل ۱۶ رجوع کنید).
- **داروهای ضد تشنج:** مصرف برخی از داروهای جلوگیری از حملات صرع در دوران بارداری، نسبت به بقیه کم‌خطرتر است. اگر هریک از این داروها را مصرف می‌کنید، در مورد آن‌ها با دکتر خود مشورت کنید. هرگز مصرف داروهای ضد تشنج را خودسرانه قطع نکنید، زیرا تشنج می‌تواند برای شما ــ و بچه ــ بدتر از خود دارو باشد (به فصل ۱۶ رجوع کنید).
- **تتراسایکلین:** اگر از این آنتی‌بیوتیک در طی ماه‌های آخر بارداری مصرف کنید، بعدها باعث زرد شدن دندان‌های بچه می‌شود.
- **داروهای ضد افسردگی:** بر روی بسیاری از داروهای ضد افسردگی (مانند پروزاک) مطالعات گسترده‌ای صورت گرفته و بررسی شده که مصرف آن در دوران بارداری کاملاً بی‌خطر است. اگر از داروی ضد افسردگی استفاده می‌کنید و درصدد باردار شدنید، باید از دکتر خود در مورد ادامه‌ی مصرف دارو در زمان بارداری سؤال کنید.

توجه در مورد داروهای گیاهی

بسیاری از زنان برای درمان بیماری‌های شایع، افشره‌های گیاهی بدون نسخه یا سایر داروهای طبیعی را انتخاب می‌کنند. مصرف برخی از آن‌ها در بارداری کاملاً بی‌خطر است، ولی به‌خاطر داشته باشید که این مواد، مکمل‌های غذایی در نظر گرفته شده و توسط FDA کنترل نشده است. با اینکه بسیاری از زنان باردار از این مکمل‌ها استفاده می‌کنند، مطالعات بسیار اندکی ایمنی آن‌ها را در دوران بارداری ارزیابی کرده است. مثلاً عصاره‌ی مالت سنت جان، گیاه رایجی است که برای درمان افسردگی، اختلال خواب، و عفونت‌های

ویروسی استفاده می‌شود. این گیاه نه تنها می‌تواند بر سایر داروها تأثیر متقابل بگذارد، بلکه ایمنی آن در دوران بارداری بررسی نشده است، بنابراین آن را با احتیاط مصرف کنید.

برخی از داروهای گیاهی را نباید در دوران بارداری مصرف کرد، زیرا می‌تواند موجب بروز انقباضات رحمی یا حتی سقط جنین شود. فهرست کوتاهی از عواملی که مصرف آن‌ها در دوران بارداری توصیه نشـده، عبارت است از: برنجاسف، ریشه‌ی قره قاط، کاسنی، توت مار، گل پرطاووس، خوک طلایی (از ریشه آلاله‌ها)، دانه‌ی سرو کوهی، روغن پونه، سوداب، کشمشک، و گیاهی به نام Chaste Berry.

توجه به اهمیت واکسیناسیون و ایمن‌سازی

مردم به انواع عفونت‌ها مصون شده‌اند، چه از طریق ابتلا به بیماری (برای مثال اکثر ما نسبت به آبله‌مرغان مصون شده‌ایم، زیرا وقتی بچه بودیم به آن مبتلا شده‌ایم، و این باعث می‌شود سیستم ایمـنی بدن ما نسبت به ویروس آبله‌مرغان پادتن بسازد.) چه از طریق واکسیناسـیون (که تزریقی از چیزی است که موجب می‌شود بدن ما پادتن ایجاد کند).

سرخجه مثال شایعی است. پزشک شما با گرفتن نمونه‌ی خون و کنترل آن نسبت به وجود پادتن‌های ضد ویروس سرخجه، مصونیت شما را نسبت به سرخجه (یا سرخک آلمانی) کنترل می‌کند. (پادتن‌ها عوامل سیستم ایمنی است که از شما در برابر عفونت‌ها محافظت می‌کند.) اگر نسبت به سرخجه مصون نشده باشید، احتمالاً پزشک به شما توصیه می‌کند حداقل سه ماه قبل از باردار شدن، خود را در برابر سرخجه واکسینه کنید. باردار شدن قبل از اتمام سه‌ماه بسیار بعید است مشکل‌ساز باشد. هیچ موردی از نوزادان مشکل‌داری گزارش نشده که مادرانشان در اوایل بارداری در برابر سرخجه واکسینه شده‌اند. بسیاری از واکسن‌ها، از جمله واکسن آنفلوانزا، حتی در زمان بارداری بی‌خطر است. در مورد واکسن‌های متعدد به جدول ۱-۱ نگاه کنید.

اکثر مردم نسـبت به سرخک، اوریون، فلج اطفال، و دیفتری واکسینه شده‌اند و بعید است پزشک شما مصونیت شما را در برابر تمام این بیماری‌ها کنترل کند. به‌علاوه، این بیماری‌ها معمولاً عوارض نامطلوبی برای بچه ندارد. اما خطر کمی وجود دارد که ویروس آبله‌مرغان، از مادر به بچه منتقل شود. اگر می‌دانید هرگز به آبله‌مرغان مبتلا نشده‌اید، به پزشک خود بگویید تا قبل از بارداری، در مورد امکان واکسیناسیون مشورت کنید.

در آخر، اگر در معرض خطر عفونت HIV (ویروس ایدز) قرار دارید، قبل از بارداری آزمایش بدهید. اکنون در بعضی ایالات امریکا، پزشـکان را ملزم به بررسی و انجام

آزمایش HIV برای تمام زنان باردار کرده‌اند. در صورتی که به HIV مبتلا باشید، مصرف داروهای خاصی در طول دوران بارداری، امکان ابتلای جنین را به این ویروس کاهش خواهد داد.

جدول ۱-۱: واکسن‌های بی‌خطر و خطرناک در دوران بارداری

بیماری	خطر واکسن برای کودک در دوران بارداری	روش مصونیت	توضیحات
وبا	تأیید نشده	مانند زنان غیرباردار	
هپاتیت ب	تأیید نشده	بلامانع است	استفاده‌ی همراه با ایمونوگلوبولین‌ها در صورت برخورد مستقیم با بیماری. نوزاد باید واکسینه شود.
آنفلوانزا	تأیید نشده	بلامانع است	
سرخک	تأیید نشده	نباید انجام شود	واکسیناسیون پس از زایمان
اوریون	تأیید نشده	نباید انجام شود	واکسیناسیون پس از زایمان
طاعون	تأیید نشده	در صورت شیوع، واکسیناسیون انتخابی	
ذات‌الریه (پنومونی)	تأیید نشده	بلامانع است، مانند زنان غیرباردار	
فلج اطفال	تأیید نشده	فقط در صورت قرار گرفتن در معرض ویروس	در صورت اقدام به سفر به مناطق بومی بیماری (اندمیک)
سرخجه	تأیید نشده	نباید انجام شود	واکسیناسیون پس از زایمان

جدول ۱-۱: واکسن‌های بی‌خطر و خطرناک در دوران بارداری

بیماری	خطر واکسن برای کودک در دوران بارداری	روش مصونیت	توضیحات
هاری	ناشناخته	اندیکاسیون، مانند زنان غیرباردار	هر مورد جداگانه بررسی شود
آبله	امکان سقط جنین وجود دارد	نباید انجام شود	مگر در وضعیت اضطراری یا عفونت جنین
کزاز	تأیید نشده	بلامانع است، در صورتی که نوبت دیفتری تزریق نشده یا واکسن یادآور در ده سال گذشته دریافت نکرده باشد	
تیفوئید	تأیید نشده	فقط در صورت تماس مداوم یا سفر به مناطق بومی	
واریسلا	تأیید نشده	در زنان غیرایمن در تماس با بیماری، دادن ایمونوگلوبولین‌ها برای مادر توصیه شده است، و باید نزدیک به زمان زایمان به نوزاد نیز داده شود. واکسن آن اخیراً تهیه شده است، اما اطلاعات زیادی در مورد ارتباط آن با بارداری نداریم.	
تب زرد	ناشناخته	نباید انجام شود	مگر آنکه برخورد اجتناب ناپذیر باشد

خودداری از جلوگیری از بارداری

چه مدت پس از ترک جلوگیری باردار می‌شــوید؟ این بســتگی به روشی دارد که برای جلوگیری اســتفاده می‌کنید. روش‌های جلوگیری ــ مانند کاندوم، دیافراگم، و اســپرم‌کش‌ها ــ تنها تا زمانی که از آن‌ها استفاده می‌کنید اثر دارند، و به محض آنکه استفاده نکنید، باردار می‌شوید. داروهای هورمونی ــ از جمله قرص، دپو پرورا، نوارینگ، و چسب جلوگیری از بارداری (مثلاً ارتو اورا) ــ زمان بیشتری لازم دارد تا «از بدن شما خارج شود». تخمک‌گذاری ممکن است در زمان بسیار کوتاهی (چند هفته یا حتی چند روز) پس از قطع قرص انجام شــود. از طرفی دیگر، ممکن است از ســه ماه تا یک‌سال پس از مصرف دپو پرورا طول بکشد تا دوره‌ی تخمک‌گذاری منظم شما دوباره شروع شود.

هیچ قانون غیرقابل تغییری را نمی‌شناسیم که پس از قطع جلوگیری چه مدت باید صبر کنید تا باردار شوید. در حقیقت، می‌توانید بلافاصله برای باردار شدن اقدام کنید. اگر مستعد بارداری باشید، احتمالاً در اولین اقدام باردار می‌شوید. ولی به‌خاطر داشته باشید که اگر دوره‌ی منظم شما هنوز شروع نشده باشد، هر ماه تخمک‌گذاری انجام نمی‌شود، و مشکل می‌توان زمان آمیزش شما را برای بارداری تعیین کرد. (حداقل می‌توانید یک اقدام لذت‌بخش داشته باشید!) اگر دوره‌های قاعدگی‌تان نامنظم باشد، مشکل‌تر می‌توان روز دقیق وقوع بارداری و بنابراین زمان زایمان را مشخص کرد.

اگر از حلقه‌های داخل رحمی (IUD) استفاده می‌کردید، می‌توانید به محض برداشتن آن باردار شوید. گاهی خانمی با داشتن آ یو دی باردار می‌شود. اگر چنین اتفاقی برای شما بیفتد، ممکن است در صورت امکان، تصمیم به برداشتن آن بگیرید، زیرا بارداری با آیو دی شما را در معرض خطر سقط جنین، بارداری خارج از رحم (نوعی بارداری است که در لوله‌ی فالوپ شروع به رشد می‌کند)، یا زایمان زودرس قرار می‌دهد.



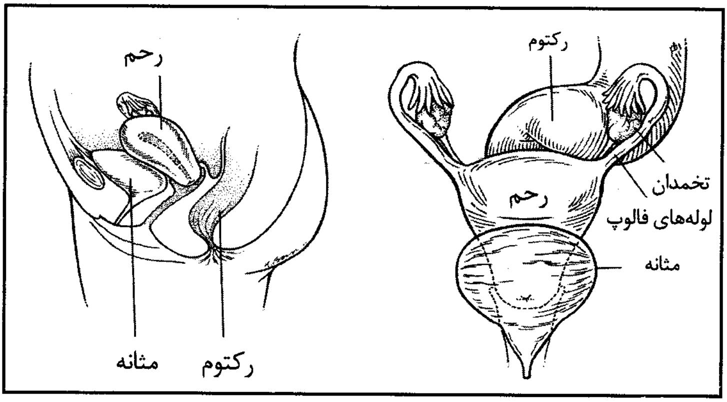
بارداری با آ یو دی، بچه را در معرض خطر مضاعف نواقص مادرزادی قرار نمی‌دهد.

معرفی اسپرم به تخمک: همه‌چیز به زمان‌بندی بستگی دارد

علی‌رغم عنوان این کتاب، فرض می‌کنیم شما اساس روش باردار شدن را می‌دانید. با این همه، آنچه بسیاری از مردم نمی‌دانند، این است که چگونه این فرایند را کارآمدتر کنند؛ به‌طوری‌که هروقت تصمیم گرفتید، بهترین فرصت را برای باردار شــدن در

اختیار خود قرار دهید. برای این منظور، لازم است کمی درباره‌ی تخمک‌گذاری — آزاد شـــدن تخمک از تخمدان — صحبت کنیـــم که در هر دوره‌ی قاعدگی یک‌بار اتفاق می‌افتد (معمولاً ماهی یک‌بار).

پس از آزاد شـــدن از تخمدان، چند روز طول می‌کشد تخمک به آرامی وارد لوله‌ی فالوپ شود و پس از آن به رحم (یا زهدان) برسد (به شکل ۱-۱ نگاه کنید). اکثراً، بارداری زمانی اتفاق می‌افتد که تخمک در مدت ۲۴ ســاعت پس از آزاد شـــدن از تخمدان، و در طی عبور از لوله‌ی فالوپ بارور شود و آنگاه رویان جوان در دیواره‌ی رحم لانه‌گزینی کند. برای باردار شدن، وظیفه‌ی شما (شما و پدر آینده) این است که هرچه زودتر (به نحو مطلوب، در مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت) پس از تخمک‌گذاری، اسپرم را با تخمک مواجه کنید.



شکل ۱-۱: نمای کلی دستگاه تولیدمثل زنانه

بهتریـــن زمان مطلق برای آمیزش، ۱۲ ســاعت قبل از تخمک‌گذاری اســت. بدین ترتیب به محض آنکه تخمک بیرون می‌آید، اســپرم در جای مناسب قرار می‌گیرد. اســپرم در داخل بدن زن برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت زنده می‌ماند، گرچه مشاهده شده که بعضی از اســپرم‌ها، بعد از هفت روز از عمرشان، تخمک‌ها را بارور کرده‌اند. هیچ زوجی نباید روی اولین اقدام برای بارداری حســاب کند. به‌طور متوسط، در هر ماه ۱۵ تا ۲۵ درصد شـــانس داریـــد. تقریباً، نیمی از تمام زوج‌هایـــی که برای بارداری اقدام می‌کنند، در مدت چهار ماه باردار می‌شوند. ظرف مدت شش ماه، سه چهارم آن‌ها موفق می‌شـــوند، در یک سال، ۸۵ درصد، و در مدت دو سال، آمار موفقیت تا ۹۳ درصد می‌رســد. در صورتی که به مدت یک‌ســال یا بیشتر در بارداری ناموفق بودید، بررسی و ارزیابی باروری توصیه می‌شود.

تعیین دقیق زمان تخمک‌گذاری

پس تخمک‌گذاری چه زمانـــی اتفاق می‌افتد؟ به‌طور خاص، در حدود ۱۴ روز قبل از قاعدگی، که اگر دوره‌ی ماهانگی شما ۲۸ روزه باشد، ۱۴ روز پس از اولین روز از قاعدگی قبلی شماســـت. اگر دوره‌ی ۳۲ روزه دارید، احتمالاً تخمک‌گذاری شما در حدود روز هجدهم از دوره‌ی شما است. (هر دوره از روز اول قاعدگی شروع می‌شود.) برای اطمینان خاطر از قرار دادن اسپرم در محل مناسب و در زمان مناسب، در حول و حوش زمان تخمک‌گذاری به دفعات مکرر آمیزش داشته باشید؛ از پنج روز قبل از زمانی که انتظار تخمک‌گذاری دارید، شروع کرده و برای دو تا سه روز پس از آن ادامه بدهید. چند وقت به چند وقت؟ احتمالاً هر دو روز یک‌بار کافی است؛ ولی در صورتی که همسر شما از اسپرم کافی برخوردار است، چرا از آمیزش خودداری کنید؟



زمانی دکترها معتقد بودند آمیزش هر روزه تعداد اسپرم‌ها را کم می‌کند و باروری را کاهش می‌دهد. اما در مطالعات پزشکی بعدی مشخص شد این نظریه تنها در مردانی مصداق دارد که تعداد اسپرم‌های آنان در زمان شروع کمتر از حد طبیعی باشد.

کنترل دمای پایه‌ی بدن

برخی از خانم‌ها متوجه شـــده‌اند با گرفتن دمای بدن خود به‌طور مداوم، می‌توانند بســـیار راحت‌تر زمان تخمک‌گذاری خود را مشخص کنند، به‌طوری که دما درست در زمـــان تخمک‌گذاری افزایش می‌یابد. برای این منظور، هر روز صبح قبل از بلند شدن از تخت، درجه‌حرارت بدن خود را اندازه‌گیری کنید (زیر زبانی). درجه حرارت بدن به‌طور خاص قبل از آزاد شدن هورمون محرک جسم زرد (LH) توسط غده‌ی هیپوفیز، به پایین‌ترین حد خود می‌رسد، که باعث تخمک‌گذاری می‌شود. (دو روز پس از ترشـــح ناگهانی و شـــدید هورمون LH، دمای بدن شما به‌طور بارزی افزایش

چه موقع باید برای نازایی به پزشک مراجعه کرد

نازایی مشکلی است که بیش از گذشته زوج‌ها را متأثر می‌کند، به‌طوری که مردم مدت‌های طولانی در انتظار فرزند می‌مانند. از هر ده زوج بالای ۳۰ سال، یک نفر مشکل بارداری دارد. پس از ۳۵ سالگی، نسبت آن یک به پنج می‌شود. البته، سن برای هر کسی نمی‌تواند مشکلی باشد. در برخی از زنان گزارش شده است که حتی در دهه‌ی ۵۰ نیز باردار شده‌اند. (کتاب رکوردهای جهانی گینس می‌گوید مسن‌ترین مادر جهان در زمان بارداری ۵۷ و نیم ســاله بوده است.) ولی باید قبول کنیم: بارداری طبیعی در یک زن، در اواخر دهه‌ی ۴۰ و ۵۰ نادر است.

می‌یابد ــ در حدود نیم تا یک درجه بالای خط مبنا ــ و بالا باقی می‌ماند تا قاعدگی انجام شود. اگر باردار شوید، دما بالا باقی می‌ماند.) شاید مایل باشید یک دماسنج مخصوص «دمای پایه‌ی بدن» برای این منظور بخرید (در تمام داروخانه‌ها فروخته می‌شود)، زیرا درجه‌بندی بزرگ‌تری دارد و خواندن آن راحت‌تر است.

به‌خاطر داشته باشید افزایش دمای بدن شما نشان می‌دهد تخمک‌گذاری قبلاً صورت گرفته است. زمان تخمک‌گذاری شما را پیش‌بینی نخواهد کرد، بلکه نشان می‌دهد تخمک‌گذاری صورت گرفته و به شما نظری تقریبی درباره‌ی زمان وقوع تخمک‌گذاری در دوره‌ی خودتان می‌دهد. خواندن علایم می‌تواند مشکل باشد، زیرا تمام خانم‌ها از یک الگوی مشابه پیروی نمی‌کنند. بعضی هرگز افت مشخصی را در دما نمی‌بینند، و بعضی دیگر هرگز متوجه افزایش واضح آن نمی‌شوند.

استفاده از کیت پیش‌بینی‌کننده‌ی تخمک‌گذاری

روش دیگر برای کنترل ترشح ناگهانی و شدید LH، استفاده از یک کیت پیش‌بینی‌کننده‌ی زمان تخمک‌گذاری در خانه است، که مقدار هورمون LH را در ادرار آزمایش می‌کند. برخلاف دمای پایه‌ی بدن که پیش از این به آن اشاره کردیم، ترشح ناگهانی و شدید LH، در پیش‌بینی زمان وقوع تخمک‌گذاری در طی هر دوره مؤثر است. یک تست مثبت برای هردوره به شما می‌گوید در حال تخمک‌گذاری هستید و زمان آن چه موقع است. به‌طور کلی، این کیت‌ها بسیار دقیق و کارآمد است. اشکال اصلی قیمت آن است. قیمت هرکیت ۲۰ تا ۳۰ دلار است، و بسیار گران‌تر ازگرفتن درجه‌ی حرارت بدن است، مخصوصاً اگر مجبور باشید برای پیدا کردن زمان تخمک‌گذاری خود، چندین بار آن را کنترل کنید.

در حال حاضر روش جدیدی برای کنترل تخمک‌گذاری در دسترس است، که به‌جای آزمایش ادرار، بزاق دهان را آزمایش می‌کند. میزان افزایش‌یافته‌ی استروژن که در زمان تخمک‌گذاری به‌وجود می‌آید، موجب می‌شود بزاق هنگام خشک شدن، یک الگوی متبلور بسازد. هم آزمایش ادرار و هم آزمایش بزاق، در تعیین زمان تخمک‌گذاری به‌طور یکسان دقیق است. هزینه‌ی یک کیت آزمایش بزاق ۶۰ دلار است، ولی می‌توانید بیش از یک‌سال از آن استفاده کنید.

استفاده از رویکردی مؤثر (و شادی‌بخش)

در اکثر موارد، به والدین آینده توصیه شده است فقط آرام باشند و از فرایند اقدام برای بارداری لذت ببرند. اگر این اتفاق فوراً نیفتاد، زیاد مضطرب نشوید. اغلب به

بیمـــاران خود می‌گوییم: چند ماه قبـــل از برنامه‌ریزی جدی برای بارداری، در مورد قطع جلوگیری فکر کنید. بدین طریق، می‌توانید چند ماهی با خیالی آسوده بدون نگرانی در هر ماه که ممکن اســت باردار باشید، از داشتن آمیزش لذت ببرید. و در صورتی که زودتر از برنامه باردار شدید، از این رویداد خوشایند لذت ببرید!

می‌توانید به منظور بالا بردن احتمال بارداری اقداماتی انجام دهید:

- ✓ در صورتی که سیگار یا ماری جوآنا می‌کشید، ترک کنید.
- ✓ از مصرف ژل K-Y یا سایر روغن‌های تجاری در طول آمیزش خودداری کنید، زیرا ممکن اســت شامل مواد اســپرم‌کش باشد. (در عوض از روغن زیتون یا روغن گیاهی استفاده کنید.)
- ✓ مصرف کافئین را محدود کنید. نوشــیدن بیش از ســه فنجان قهوه در روز می‌تواند امکان بارداری را در شما کاهش دهد.

چه موقع باید به دنبال کمک یک دکتر باشید؟ به‌طور کلی، شش ماه تا یک‌سال پس از تلاش ناموفق برای باردار شدن. اما اگر سابقه‌ی سقط جنین یا مشکلی در بارداری دارید، اگر بیش از ۳۵ ســال سن دارید، یا می‌دانید تعداد اسپرم‌های همسرتان کم اســت، می‌توانید قبل از گذشــت شش ماه از پزشک کمک بگیرید. مهم نیست چه شرایطی دارید، ناامید نباشید. فن‌آوری‌های باروری بسیار پیشرفته شده و با گذشت هر سال، بسیار موفقیت‌آمیزتر می‌شود. در این مرحله، زوج‌ها می‌توانند تکنیک‌های گوناگونی را با اسامی عجیب و پیچیده امتحان کنند ــ تحریک تخمدانی با داروهای باروری، تزریق داخل رحمی اســپرم (با یا بدون شستشــوی اسپرم)، تزریق اسپرم به داخل هســته‌ی یاخته، استفاده از اســپرم یا تخمک اهدایی، و باروری در لوله‌ی آزمایشگاهی (و انواع گوناگون آن) ــ که به علت خاص نازایی آنان بستگی می‌یابد. برای زوجی که نمی‌توانند فوراً باردار بشوند، امکانات بهتری نسبت به گذشته وجود دارد تا سرانجام منجر به بارداری شود. کتاب باروری به زبان آدمیزاد، نوشته‌ی جکی می‌یرز ـ تامپسون و شارون پرکینز (از انتشارات وایلی) را برای کسب اطلاعات بیشتر بخوانید. اگر برای باردار شدن دچار مشکلید، و مطمئن نیستید باید نزد یک متخصص نازایی بروید، با پزشک خود مشورت کنید.

فصل ۲

فکر می‌کنم باردارم!

در این فصل

- توجه به علایمی که نشانه‌ی احتمال بارداری شماست
- پی بردن به بارداری: انجام تست بارداری
- انتخاب صحیح پزشک
- تعیین تاریخ تولد فرزند

پس فکر می‌کنید ممکن است باردار باشید! یا شاید امیدوارید به‌زودی باردار شوید. در هر دو صورت، می‌خواهید بدانید در هفته‌های اول بارداری باید دنبال چه چیزی باشید تا هرچه سریع‌تر با اطمینان از آن آگاه شوید. در این فصل، نگاهی به شایع‌ترین علایمی می‌اندازیم که بدن شما در هفته‌های اول بارداری برایتان ارسال می‌کند، و توصیه می‌کنیم برای محرز کردن بارداری خود اقدام کرده، و برای یک شروع فوق‌العاده دست به کار شوید.

تشخیص علایم بارداری

پس فرض می‌کنیم اتفاق افتاده است: رویان جوان در دیواره‌ی نرم رحم شما لانه‌گزینی کرده است. کِی و چگونه می‌فهمید باردارید؟ اغلب، اولین علامت توقف قاعدگی است. ولی بدن شما علایم متعدد دیگری نیز نشان می‌دهد ـ گاهی حتی زودتر از قطع قاعدگی که به‌طور خاص با گذشت هر هفته به‌طور قابل توجهی رشد می‌کند.

✓ **عزیزم من عقب انداخته‌ام!:** اگر قاعدگی شما دیر شده باشد، شک می‌کنید ممکن است باردار باشید. از زمانی که متوجه تأخیر خود بشوید، احتمالاً یک تست بارداری نتیجه‌ی مثبتی را نشان می‌دهد. (برای کسب اطلاع بیشتر در مورد تست‌های بارداری، به قسمت بعدی، «آزمایش، آزمایش ۱،۲،۳» توجه کنید.) هرچند، گاهی اوقات، ممکن است یک یا دو روز لک‌بینی داشته باشید، که به خونریزی لانه‌گزینی معروف شده است، زیرا رویان در حال چسباندن خود به دیواره‌ی رحم شماست.

- ✓ **متوجه اشتیاق زیاد یا بیزاری جدیدی نسبت به غذاها می‌شوید:** آنچه درباره‌ی ویار و اشتهای خانم‌های باردار شنیده‌اید، درست است. شاید نسبت به ترشـــی، ماکارونی، و غذاهای خاص دیگری حریص شوید، اما به غذاهایی توجــه کنید که به‌طور عادی از خــوردن آن‌ها لذت می‌برید. هیچ‌کس یقیناً نمی‌داند علت این تغییرات در اشــتها چیست، ولی کارشناسان فکر می‌کنند ایــن تغییرات، حداقل تا حدی، شــیوه‌ی طبیعی بــرای دریافت مواد غذایی خاص اســت. شاید متوجه شوید اشتیاق زیادی به خوردن نان، سیب‌زمینی، و سایر غذاهای نشاسته‌ای دارید، و شاید خوردن این غذاها در روزهای اول، در ذخیره‌ی انرژی برای دوران بعدی بارداری، هنگامی که بچه به بیشــترین مرحله‌ی رشد خود می‌رسد، به شما کمک کند. شاید در اوایل بارداری بسیار احساس تشنگی کنید، و آب اضافه‌ای که می‌نوشید، برای افزایش خون‌رسانی و مایعات دیگر به فرزند شما مفید است.
- ✓ **سینه‌های شما بزرگ‌تر و حساس می‌شود:** تعجب نکنید سینه‌های شما در اوایل بارداری چقدر بزرگ شده است. در حقیقت، بزرگ شدن و حساس شدن سینه‌ها، اغلب اولین علامت بارداری است که احساس می‌کنید، زیرا در اوایل بارداری، میزان استروژن و پروژسترون افزایش می‌یابد، که به تغییرات فوری در سینه‌ها منجر می‌شود.

آزمایش کنید، آزمایش کنید، ۳، ۲، ۱

خب، باردار هســتید یا نه؟ این روزها مجبور نیستید برای اینکه بفهمید باردارید یا نه، به مطب پزشک مراجعه کنید. می‌توانید تصمیم بگیرید خودتان آزمایش را انجام بدهید. تســتی که در منزل انجام می‌شود، آزمایش ادرار است که به‌سادگی جواب مثبت یا منفی می‌دهد. از طرفی دیگر، ممکن است پزشک شما ترجیح دهد که هم یک آزمایش ادرار، مشــابه با آنچه در منزل انجام داده‌اید و هم آزمایش خون برای مشخص کردن بارداری شما انجام بدهد.

گرفتن جواب در منزل

فرض کنید متوجه کمی نفخ یا اشتیاق زیاد به غذا شده‌اید، یا قاعدگی شما یکی دو روز عقــب افتاده و می‌خواهید بدانید باردارید یا نه، ولی هنوز برای مراجعه به دکتر آمادگی ندارید. آسان‌ترین و سریع‌ترین راه آن است که به داروخانه بروید و یک تست

داستان جوآن

چند سال پس از تولد اولین دخترم، یک روز متوجه شدم برای خرید ترشی و سس گوجه‌فرنگی، در یک بقالی‌ام. می‌خواستم آن‌ها را با هم مخلوط کنم تا یک غذای خوشمزه‌ی سبز و قرمز درست کنم. آن‌قدر مشتاق خوردن آن بودم که هرگز فکر نکردم این چه غذای عجیبی است. در حقیقت، بعد از شستن ظرف‌ها بود که متوجه شدم ترشی و سس گوجه فرنگی، تنها ویار من در ماه‌های اول از اولین بارداری من بوده است. هیچ دلیل دیگری نداشتم فکر کنم دوباره باردارم، حتی قاعدگی‌ام هم متوقف نشده بود. ولی صبح روز بعد، خودم را تست کردم، و مطمئن شدم دور دوم شروع شده است.

بارداری خانگی بخرید. این تست‌ها اساساً مجموعه‌ی ساده‌ی شیمیایی است که برای کنترل وجود گونادوتروپین کوریونی انسانی در ادرار شما طراحی شده است. (hCG، هورمونی است که با به‌وجود آمدن جفت تولید می‌شود). اگرچه این کیت‌ها دقت آزمایش‌های آزمایشگاهی را در مشاهده‌ی hCG در خون ندارد، در بسیاری موارد به‌سرعت نتیجه‌ی مثبت را نشان می‌دهد ـ از روزی که قاعدگی متوقف شده است، یا حدود دو هفته پس از بارداری.

حفظ کنید

نتایج تست‌های بارداری خانگی روش مطمئنی نیست. اگر نتیجه‌ی تست شما منفی بود، ولی هنوز فکر می‌کنید باردارید، هفته‌ی بعد دوباره آزمایش کنید یا از دکتر خود وقت ملاقات بگیرید.

مراجعه به پزشک برای گرفتن جواب‌ها

حتی اگر تست بارداری شما در خانه مثبت باشد، اکثر پزشکان مایلند قبل از شروع به مراقبت‌های دوران بارداری، این آزمایش را در مطب خود محرز کنند. ممکن است پزشک شما تصمیم بگیرد مجدداً یک آزمایش ادرار برای بارداری بگیرد یا به‌جای آن از آزمایش خون استفاده کند.

آزمایش خونِ بارداری، وجود hCG را در خون شما کنترل می‌کند. این آزمایش می‌تواند هم کیفی باشد (یک نتیجه‌ی ساده‌ی مثبت یا منفی) هم کمّی (اندازه‌گیری میزان hCG موجود در خون شما). آزمایشی که پزشک شما انتخاب می‌کند، به سابقه‌ی شما و علایم موجود و میل شخصی او بستگی دارد. حتی زمانی که آزمایش‌های ادرار منفی باشد، آزمایش خون می‌تواند مثبت باشد.

انتخاب پزشک
چه کسی برای شما مناسب است؟

پیدا کردن پزشک مناسب برای مراقبت از شما (و فرزندتان) تصمیمی است که نمی‌خواهید با بی‌توجهی بگیرید. مراقب بهداشتی شما همیشه اهمیت دارد، ولی شرایط جدید و گاهی اوقات اجتناب‌ناپذیر، به این معنی است که به پزشکی نیاز دارید که با نگرش شما به بارداری منطبق باشد، و کسی باشد که به او اعتماد و احساس امنیت داشته باشید.

چه گزینه‌هایی دارید؟

ماماها، پزشکان زنان و زایمان، متخصصان بیماری‌های مربوط به مادر و جنین ــ انواع زیادی از متخصصان می‌توانند در دوران بارداری و زایمان به شما کمک کنند. مطمئن باشید پزشکی را انتخاب کنیدکه از همه بیشتر با او احساس راحتی می‌کنید. این فهرست را از نظر چهار مورد اصلی بازبینی کنید:

- ✓ **پزشک متخصص زنان و زایمان:** این پزشک یک دوره‌ی چهارساله در زمینه‌ی بارداری، زایمان، و بهداشت زنان آموزش دیده است. او باید دارای مدرک تخصصی (یا در مرحله‌ی اخذ مدرک) از انجمن زنان و زایمان امریکا (یا مدرکی معادل اگر از کشوری غیر از ایالات متحده هستید) باشد.
- ✓ **متخصص بیماری‌های مربوط به مادر و جنین** (یا جنین‌شناس یا پزشک بارداری‌های پرخطر): این نوع دکتر دو تا سه سال دوره‌ی آموزشی را در زمینه‌ی مراقبت از بارداری‌های پرخطر، علاوه بر دوره‌ی تخصصی استاندارد زنان و زایمان دیده است، تا در رشته‌ی مربوط به بیماری‌های مادر و جنین مدرک تخصصی دریافت کند. بعضی از متخصصان بیماری‌های مادر و جنین به‌عنوان مشاور ایفای نقش می‌کنند و بعضی از آن‌ها بچه‌ها را نیز به‌دنیا می‌آورند.
- ✓ **پزشک خانواده:** این دکتر مراقبت‌های پزشکی عمومی را برای خانواده‌ها ــ مردان، زنان و کودکان ــ انجام می‌دهد. او دارای مدرک پزشکی خانواده است. این دکتر در صورت بروز مشکلاتی در دوران بارداری، شما را به متخصص زنان و زایمان یا متخصص مادر و جنین ارجاع می‌دهد.
- ✓ **ماما:** ماما پرستار دوره‌دیده‌ای است که در مراقبت از زنان باردار مدرک دارد و نیز مجاز به انجام زایمان است. یک مامای متخصص به‌طور خاص با یک پزشک کار می‌کند و در صورت بروز مشکل، بیمار را به متخصص ارجاع می‌دهد.

نکته

آیا من در معرض خطر بالا هستم؟

این پرسش که آیا شما یا دوران بارداری شما در معرض خطر زیادی است یا نه، هیچ پاسخ مشخصی ندارد، مخصوصاً در شروع آن. ولی بد نیست از انواع شرایطی آگاه شوید (که شاید دچار آن باشید یا بعد بروز کند)، که می‌تواند دوران بارداری شما را در معرض خطر زیاد قرار دهد:

- ✓ دیابت
- ✓ فشار خون بالا
- ✓ لوپوس
- ✓ اختلالات خونی
- ✓ اختلالات قلبی، کلیوی و کبدی
- ✓ جنین‌های دوقلو، سه قلو یا چند قلو
- ✓ زایمان زودرس در بارداری قبلی
- ✓ فرزند قبلی مبتلا به نقایص مادرزادی
- ✓ سابقه‌ی سقط جنین
- ✓ ناهنجاری در شکل رحم
- ✓ صرع
- ✓ برخی عفونت‌ها
- ✓ خونریزی

به‌خاطر داشته باشید ماماها و اکثر پزشکان خانواده از عهده‌ی بارداری‌های پرخطر برنمی‌آیند. اگر دچار یکی از شرایط بالایید یا به آن دچار شدید، با یک متخصص بارداری‌های پرخطر مشورت کنید.

قبل از انتخاب سؤالاتی بپرسید

نکته

هنگام تصمیم‌گیری در انتخاب یک پزشک، سؤالات مهم زیر را از خود بپرسید:

- ✓ **آیا با این شخص راحتم و به او اعتماد دارم؟** شما هم باید با پزشک خود احساس راحتی کنید و به او اعتماد داشته باشید، و هم با تمام مجموعه افرادی که در کار طبابتند. آیا برای پرسش یا ابراز نگرانی خود به آنان آزادید؟ مطلب دیگری که باید به یاد داشته باشید، این است که خصوصیت کلی شما چگونه با اعتقادات پزشکی منطبق است. برای مثال، بعضی از زنان در مراقبت از دوران بارداری، روش محتاطانه و غیرمدرن را ترجیح می‌دهند، در حالی که عده‌ای دیگر مایلند تمام آزمایش‌های تشخیصی ممکن را در کل جهان در اختیار داشته باشند. سابقه‌ی پزشکی و زایمان قبلی شما نیز می‌تواند بر روشی که در دوران بارداری اتخاذ می‌کنید، تأثیرگذار باشد.
- ✓ **چند پزشک در طبابت نقش دارند؟** می‌توانید با انتخاب پزشکی که با یک یا چند همکار دیگر خود کار می‌کند، یا پزشکی که به تنهایی طبابت می‌کند، تصمیم نهایی خود را بگیرید. در طبابت گروهی، معمولاً در هر وقت ملاقات به یکی از دکترها مراجعه می‌کنید، با همه‌ی آن‌ها آشنا می‌شوید تا با هر کدام که راحت باشید، از او بخواهید فرزند شما را به‌دنیا بیاورد. قاعدتاً،

احتمـــال می‌رود با یک یا دو نفر از پزشـــکان رابطه‌ی نزدیک‌تری پیدا کنید تا با دیگران، که با فرض اینکه، اکثر زنان و اکثر پزشـــکان خصوصیات بسیار گوناگونی دارند، امری عادی است. پزشکی که به تنهایی طبابت می‌کند، باید به شما بگوید در زمان بیماری، مرخصی، یا زمانی که خارج از شهر است، چه کسی زایمان‌ها را بر عهده می‌گیرد.

نکته

از پزشـــک خود در مورد روش او برای مشکلاتی که پس از ساعت کار یا در مواقع اضطراری پیش می‌آید، سؤال کنید ــ از جمله سؤالاتی که ممکن است نیاز باشد تلفنی شب‌ها یا در تعطیلات آخر هفته بپرسید.

- ✓ **وضعیت بیمارستان چگونه است؟** اگر دوران بارداری شما بدون مشکل باشد، هر بیمارســـتان یا زایشگاهی مناسب است. اگر در معرض برخی از مشکلات هستید، می‌توانید بپرســـید آیا این بیمارستان اتاق درد و زایمان دارد؟ و در صورت بروز هر مشکلی، مثلاً اگر بچه زود به‌دنیا بیاید، مجهز به اتاق نوزادان اســـت تا رسیدگی کنند یا نه. همچنین شاید بخواهید بپرسید آیا متخصص بیهوشی شبانه‌روزی در بیمارستان حضور دارد، یا آیا دکتر می‌تواند در صورت اضطرار فوراً یک متخصص بیهوشی خبر کند؟
- ✓ **آیا بیمارستان قادر به انجام بی‌حسی اپیدورال است؟** (نوعی کنترل درد در زمان زایمان.) در صورتی که انجام بی‌حســـی اپیدورال به ســـهولت میسر نباشـــد، یا اینکه شما مایل به انجام این شکل از تسکین درد نباشید، ببینید چه امکانات دیگری برای کنترل درد در اختیار شماست.
- ✓ **آیا مجاز به داشتن هم‌اتاقی هستید؟** می‌توانید نوزاد را پس از زایمان تا حد امکان در اتاق خود نگه دارید؟ همچنین، آیا در زمان بستری بودن شما پس از زایمان، برای همسرتان،جا و غذا به‌عنوان همراه فراهم است؟
- ✓ **آیا متخصصان در دسترسند؟** در نظر بگیرید ممکن است به خدمات یک متخصص بیماری‌های مادر و جنین یا متخصص نوزادان نیاز پیدا کنید؛ پزشکی که در مراقبت از نوزادانی تخصص دارد که زودتر به‌دنیا می‌آیند یا مشکلات پزشـــکی دیگری دارند. پزشک شما باید بتواند به نحوی مطلوب، در صورت بروز هر مشکلی شما را فوراً به پزشک دیگری ارجاع دهد.
- ✓ **آیا برنامه‌ی بیمه‌ی من این دکتر را تحت پوشش قرار می‌دهد؟** اکنون که مراقبت کنترل‌شده بخش مهمی از صنعت بیمه‌ی خدمات‌درمانی است، ببینید آیا برنامه‌ی شما پزشک منتخب‌تان را تحت پوشش قرار می‌دهد؟ برخی مراکز به شما اجازه می‌دهند در صورت پرداخت بخشی از هزینه‌ها، پزشکان دیگری «خارج از سازمان تأمین اجتماعی» انتخاب کنید.

تخمین زمان زایمان

از هر ۲۰ زن تنها یک نفر دقیقاً در تاریخ زایمان خود وضع حمل می‌کند ــ اکثر زنان از سه هفته زودتر تا دو هفته دیرتر زایمان می‌کنند. به هرحال، تعیین زمان زایمان با دقت هرچه تمام‌تر، حائز اهمیت است تا اطمینان دهد انجام آزمایش‌هایی که در طول این دوران نیاز دارید، به موقع انجام شده است. دانستن مدت زمان بارداری نیز کار را برای پزشک شما آسان‌تر می‌کند تا به رشد مناسب بچه توجه کند.

به‌طور میانگین دوران بارداری ۲۸۰ روز ــ ۴۰ هفته ــ از اولین روز از آخرین قاعدگی حساب می‌شود. موعد زایمان شما را ــ که زمانی دکترها برای تخمین زمان زایمان به‌عنوان EDC ارجاع می‌دادند (در زمان قدیم، زنان در حول و حوش موعد زایمان، عملاً در بیمارستان «نگه داشته» می‌شدند.) ــ می‌توان با تاریخ شروع آخرین عادت ماهانه (LMP) حساب کرد. اگر دوره‌ی شما ۲۸ روزه باشد، می‌توانید سه ماه از شروع آخرین قاعدگی کم کنید و هفت روز به آن اضافه کنید. مثلاً، اگر آخرین قاعدگی شما در سوم خرداد شروع شده است، موعد زایمان شما در ماه اسفند (سه ماه کم کنید.) روز دهم (هفت روز اضافه کنید.) خواهد بود.

در صورتی که دوره‌ی شما ۲۸ روزه نباشد، نگران نباشید. می‌توانید موعد زایمان خود را به روش‌های دیگری محرز کنید. اگر زمان تخمک‌گذاری خود را دنبال کرده باشید و بتوانید تاریخ دقیق بارداری خود را مشخص کنید، رسیدن به یک تاریخ دقیق بسیار آسان است ــ فقط ۲۸۰ روز به آن تاریخ اضافه کنید. اگر از این روش یا تاریخ شروع آخرین قاعدگی خود مطمئن نیستید، انجام سونوگرافی در طول سه‌ماهه‌ی اول می‌تواند موعد زایمان را به شما بگوید.

انجام سونوگرافی در سه‌ماهه‌ی اول بارداری می‌تواند با دقت بیشتری نسبت به سه‌ماهه‌ی دوم یا سوم، موعد زایمان را تعیین کند.

همچنین می‌توانید برای محاسبه‌ی روزهای باقیمانده، از یک تقویم بارداری استفاده کنید. برای استفاده از این ابزار دستی، نشانه را روی تاریخ آخرین قاعدگی خود قرار دهید و سپس به تاریخ امروز نگاه کنید. درست در زیر تاریخ، تعداد روزها و هفته‌هایی را که گذشته است، می‌بینید.

نکته

اگر تاریخ بارداری را می‌دانید، می‌توانید به‌جای آخرین قاعدگی، از همین رویه استفاده کرده و سپس دو هفته از آن کم کنید.

هفته‌ها در برابر ماه‌ها

اکثر ما فکر می کنیم دوران بارداری نه ماه طول می کشد. ولی باید قبول کنیم ۴۰ هفته، کمی بیشتر از نه ماه است. بیشتر به ده ماه قمری نزدیک‌تر است (در ژاپن، عملاً می گویند بارداری ده ماه طول می کشد.) و کمی طولانی‌تر از ماه‌های ۳۰ و ۳۱ روزه‌ی تقویم است. به همین خاطر است که دکتر شما به احتمال زیاد، هنگام صحبت از هفته‌ها استفاده می کند. از آنجا محاسبه را از تاریخ آخرین قاعدگی خود شروع می کنید، در حقیقت چند هفته قبل از بارداری حساب می کنید. بنابراین وقتی دکتر شما می گوید شما ۱۲ هفته باردارید، جنین در واقع تنها ده هفته سن دارد!

فصل ۳

آماده کردن خود برای زندگی در دوران بارداری

در این فصل

- پیش به سوی یک معاینه‌ی کلی دوران بارداری
- پیش‌بینی تغییرات زیاد در اندام شما
- مشخص کردن داروهایی که می‌توانید با اطمینان خاطر مصرف کنید
- تصمیم‌گیری در مورد شیوه‌ی زندگی
- کارکردن در حین بارداری

حتی اگر باردار باشید و بدنتان تا کنون دستخوش تغییرات حیرت‌انگیزی شده باشد، زندگی روزمره‌ی شما جریان دارد. چگونه باید روند زندگی خود را تغییر بدهید تا دوران بارداری را تا حد امکان راحت بگذرانید؟ در زندگی چه چیزهایی را لازم نیست تغییر دهید، یا فقط باید کمی تغییر بدهید؟ موارد زیادی را باید در نظر بگیرید: شغلتان، میزان استرس کلی در زندگی‌تان، داروهایی که مصرف می‌کنید، مصرف منظم سیگار یا مشروبات الکلی، و برخورد با مسائل عادی مثل مراجعه به دندانپزشک یا آرایشگر. اگر مانند اکثر زنان سالم دیگرید، احتمالاً می‌فهمید در اکثر موارد، زندگی شما تا حد زیادی مثل همیشه پیش می‌رود.

حفظ کنید

تمام این مسائل، موضوعاتی است که باید با پزشک خود در میان بگذارید. ولی در این فصل و فصل بعدی، نکاتی کلی در مورد نحوه‌ی برنامه‌ریزی برای زندگی در دوران بارداری ارائه می‌دهیم. اگر از ابتدا تأثیر متقابل عادات روزمره و روش‌های درمانی خود را با دوران بارداری در نظر بگیرید، به احتمال زیاد راحت‌تر به وضعیت جدید خود عادت می‌کنید. هرچه زودتر رژیم غذایی مناسب، ورزش و برنامه‌ی کلی سلامتی‌تان را شروع کنید، بهتر است. (برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴ رجوع کنید.)

برنامه‌ریزی برای معاینات دوران بارداری

پس از شادی برای نتیجه‌ی مثبت تست بارداری‌تان، به آنچه پیش‌رو دارید فکر کنید. پس از آنکه پزشک خود را انتخاب کردید، به مطب او تلفن کنید تا از اقدام

بعدی مطلع شوید. در بعضی از روش‌ها از شما می‌خواهند به مطب مراجعه کنید و به پرستار مطب، سابقه‌ی پزشکی خود را بگویید و خبر خوش خود را با یک آزمایش خون و ادرار محرز کنید، در برخی دیگر، وقت ملاقاتی با پزشک را تعیین می‌کنند. اینکه اولین مراجعه‌ی شـــما چه موقع برنامه‌ریزی شـــود، تا حدی به سابقه‌ی قبلی و وضعیت فعلی‌تان بســـتگی می‌یابد. اگر قبلاً معاینـــه‌ی پیش از بارداری (فصل ۱) نداشـــته‌اید، و مصرف ویتامین‌های دوران بارداری یا سایر ویتامین‌هایی را که شامل فولیک اسید باشند شروع نکرده‌اید، به مطب اطلاع دهید. مطب برای شما یک نسخه از ویتامین‌های دوران بارداری تجویز می‌کند تا بتوانید حتی قبل از اولین معاینه‌ی دوران بارداری مصرف کنید.

بعضی چیزها در هریک از دوره‌های سه‌ماهه ثابت است ــ مانند کنترل فشار خون، ادرار، و ضربان قلب جنین ــ بنابراین در این فصل به این موضوعات می‌پردازیم. در فصل‌های ۵، ۶ و ۷ به بررسی موارد خاص از اتفاقاتی می‌پردازیم که در طول معاینات دوران بـــارداری در هریک از دوره‌های ســـه‌ماهه اتفاق می‌افتد. به جدول ۱-۳ برای نگاهی اجمالی از برنامه‌ی خاص معاینات دوران بارداری توجه کنید.

اگر در طول بارداری مشکلی پیش بیاید، یا اگر بارداری شما را «پرخطر» تشخیص داده باشـــند (به عوامل خطری که در فصل ۲ توضیح دادیم رجوع کنید)، پزشـــک می‌تواند به شما توصیه کند به دفعات بیشتری مراجعه کنید.

ایـــن برنامه‌ی معاینات دوران بـــارداری غیرقابل تغییر نیســـت. اگر برای تعطیلات برنامه‌ریـــزی کرده‌اید، یا لازم اســـت قرار خود را لغو کنید، به پزشـــک خود بگویید و وقت دیگری بگیرید. اگر دوران بارداری شـــما بدون مشکل پیش می‌رود، معمولاً برنامه‌ریزی مجدد کار مشـــکلی نیست. به هرحال، از آنجا که برخی از آزمایش‌های دوران بارداری باید در زمان مشـــخصی در طول بارداری انجام بشود (برای جزئیات

جدول ۱-۳ برنامه‌ی خاص معاینات دوران بارداری

مرحله‌ی بارداری	تکرار معاینات دکتر
اولین معاینه تا هفته‌ی ۲۸	هر چهار هفته یک‌بار
از هفته‌ی ۲۸ تا ۳۶	هر دو یا سه هفته یک‌بار
از هفته‌ی ۳۶ تا زمان زایمان	هر هفته

بیشتر به فصل ۸ رجوع کنید)، فقط مطمئن شوید که لغو یک قرار ملاقات تأثیری بر این آزمایش‌ها نداشته باشد.

معاینات دوران بارداری بر حسب نیازهای شخصی هر خانم و روش هر پزشک کمی متفاوت است. بعضی از خانم‌ها به آزمایش‌های آزمایشگاهی خاص یا آزمایش‌های بالینی نیاز دارند. به هرحال، مراحل زیر در معاینات دوران بارداری شما رایج است:

- ✓ **یک پرستار وزن و فشار خون شما را کنترل می‌کند.** برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد میزان وزنی که باید اضافه کنید و زمان آن، به فصل ۴ رجوع کنید.
- ✓ **یک آزمایش ادرار انجام می‌دهید** (معمولاً برای خانم‌های باردار کار آسانی است!). پزشک شما وجود پروتئین یا قند را برای کنترل علایم مسمومیت بارداری یا دیابت بررسی می‌کند (به فصل‌های ۱۶ و ۱۵ رجوع کنید). همچنین برخی از آزمایش‌های ادرار، در تشخیص علایمی از وجود عفونت‌های مجاری ادرار به دکترتان کمک می‌کند.
- ✓ **پس از هفته‌ی ۱۴ تا ۱۶، پرستار یا دکتر ارتفاع قله‌ی رحم را اندازه می‌گیرد.** این مرحله زمانی است که پرستار یا دکتر با استفاده از یک متر نواری یا دست خود، اندازه‌ی رحم را به منظور کسب آگاهی نسبی از میزان رشد جنین و وجود مقدار کافی از مایع آمنیوتیک (به شکل ۱-۳ نگاه کنید) اندازه‌گیری می‌کند.



پرستار یا پزشک در واقع ارتفاع قله‌ی رحم را اندازه می‌گیرد. فاصله‌ای از بالای استخوان شرمگاه تا بالای رحم (قاعده‌ی رحم). معمولاً در هفته‌ی ۲۰ قاعده‌ی رحم به سطح ناف می‌رسد. پس از هفته‌ی ۲۰، ارتفاع به سانتیمتر تقریباً برابر با تعداد هفته‌های بارداری شماست.

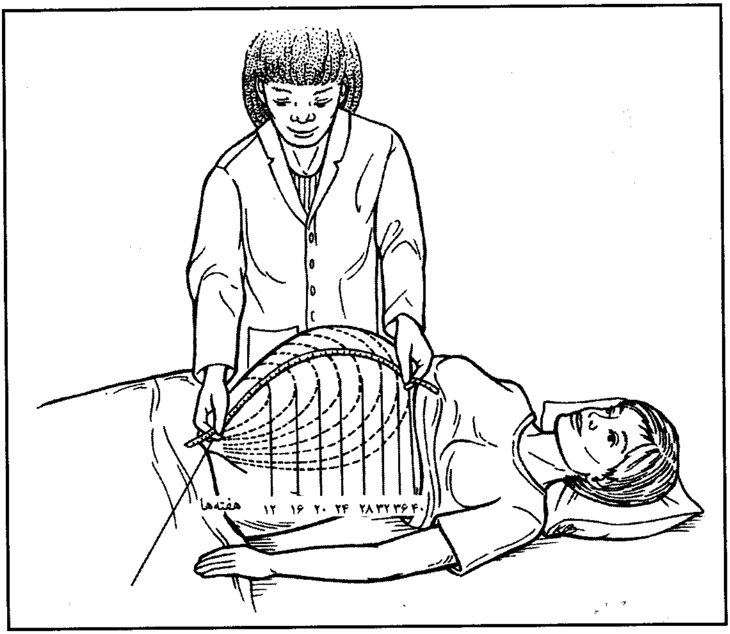
توجه: اندازه‌گیری ارتفاع قاعده‌ای رحم برای خانم‌هایی که دوقلو یا چندقلو باردارند، در خانم‌هایی که فیبروم‌های بزرگ دارند (در هر دو مورد، رحم بزرگ‌تر از حد طبیعی است)، یا در خانم‌هایی که بسیار چاقند (زیرا لمس بالای رحم مشکل می‌شود)، مؤثر نیست.

- ✓ **یک پرستار یا دکتر به ضربان قلب جنین گوش می‌دهد و ضربان قلب بچه را می‌شمارد.** به‌طور خاص، دامنه‌ی ضربان قلب بین ۱۲۰ و ۱۶۰ ضربه در دقیقه است. اکثر مطب‌ها از یک دستگاه داپلر الکترونیک برای کنترل ضربان قلب جنین استفاده می‌کنند. با این روش، صدای ضربان قلب جنین مانند اسب‌هایی است که درون رحم چهارنعل می‌تازند. گاهی می‌توانید با

استفاده از این روش، در هفته‌های ۸ و ۹ صدای ضربان قلب را بشنوید، ولی اغلب تا هفته‌های ۱۰ تا ۱۲، به‌وضوح قابل تشخیص نیست. قبل از دسترسی به داپلر، از یک استتوسکوپ مخصوص به نام فتوسکوپ یا گوشی مامایی، برای شنیدن ضربان قلب جنین استفاده می‌شد. با این روش، دکتر می‌تواند ضربان قلب را در حدود ۲۰ هفتگی بشنود. روش سوم برای کنترل ضربان قلب جنینی، مشاهده‌ی آن از طریق سونوگرافی است. معمولاً قلب در حدود ۶ هفتگی قابل رؤیت است.

حفظ کنید

در برخی روش‌های طبابت، یک دستیار پزشکی یا پرستار وظایفی چون کنترل فشار خون را انجام می‌دهد؛ در روش‌های دیگر ممکن است دکتر این وظیفه را به عهده بگیرد. مهم نیست چه کسی کارهای تخصصی را در معاینه‌ی دوران بارداری انجام بدهد. همیشه باید قبل از ترک مطب، فرصت پرسش سؤالات خود را از پزشک خود داشته باشید.



شکل ۱-۳: پزشک شما ممکن است برای کنترل رشد جنین، ارتفاع قله‌ی رحم شما را اندازه بگیرد.

آمادگی برای تغییرات جسمانی

هنگامی که باردار می‌شوید، بدن شما به‌طور مداوم در حال تغییر است. می‌توانید انتظار تجربه‌ی تغییراتی از جمله تغییر حالت‌های روحی، گرفتگی عضلات و استرس داشته باشید. احتمالاً، قبلاً نیز این شرایط را تجربه کرده‌اید، فقط نه به این شدت.

قسمت‌های بعدی درباره‌ی این موارد و مشکلاتی دیگر به بررسی می‌پردازد و شما را در برخورد با آن آگاه می‌کند. از خانواده و دوستان خود نیز بخواهید این بخش‌ها را بخوانند ــ بعد به آن‌ها بگویید خود را آماده کنند.

کنار آمدن با تغییر حالت‌های روحی

تغییرات هورمونی بر روحیه تأثیر می‌گذارد، همان‌طوری که اکثر خانم‌ها، مخصوصاً کسانی که از سندرم دوران قبل از قاعدگی (PMS) رنج می‌برند، به این امر واقفند. افت و خیز هورمونی که بارداری را تداوم می‌بخشد، شاید چشمگیرترین تجربه‌ای باشد که یک زن در طول زندگی خود با آن مواجه می‌شود، پس جای تعجب نیست که فراز و نشیب‌های عاطفی، امری عادی و پیش پا افتاده باشد. و خستگی که در طول بارداری همراه است، می‌تواند به‌سادگی این فراز و نشیب‌ها را تشدید کند. به این ترکیب زیست‌شیمیایی، نگرانی‌های عادی‌ای را اضافه کنید که به‌طور متوسط هرخانم بارداری در مورد سالم بودن بچه و اینکه آیا می‌تواند مادرخوبی باشد یا نه، دارد. آنگاه انگیزه‌ی فراوانی برای ایجاد تغییر حالت‌های روحی قدیمی پیدا می‌کنید.



شما تنها نیستید، روحیه‌ی متغیر بخشی عادی از بارداری است، و شما تنها و اولین زنی نیستید که آن را تجربه می‌کنید. پس خودتان را سرزنش نکنید. خانواده و دوستانتان شما را درک می‌کنند. ممکن است تغییر روحیه‌ی شما مخصوصاً در سه‌ماهه‌ی اول بارداری مشهود شود، زیرا بدنتان در حال انطباق با شرایط جدید خود است. ممکن است متوجه شوید نسبت به چیزهای کم‌اهمیتی عکس‌العمل شدید از خود نشان می‌دهید. مثلاً، یک تبلیغ تلویزیونی لوس و پرسوز و گداز می‌تواند شما را به گریه بیندازد. ممکن است نبودن دفترچه‌ی قرارهای ملاقات‌تان در سر جای خود، شما را به وحشت بیندازد. شاید فروشنده‌ی مغازه با خرد کردن تصادفی قرص نانتان باعث شود از عصبانیت دندان‌هایتان را روی هم بفشارید. نگران نباشید ــ شما فقط باردارید. چند نفس عمیق بکشید، برای پیاده‌روی بیرون بروید، یا فقط چشمانتان را ببندید و استراحت کوتاهی بکنید. این احساسات اغلب به همان سرعتی که به‌وجود می‌آید، گذراست.

زندگی با گرفتگی‌های عضلانی

گرفتگی‌های ساق پا یک ناراحتی شایع دوران بارداری است، و هرچه ماه‌های بارداری پیش برود، احتمال بروز آن به دفعاتِ بیشتر وجود دارد.

واقعیت آن اســت که دکترها هنوز مطمئن نیستند چه چیزی در واقع موجب بروز گرفتگی پا می‌شود. بعضی‌ها فکر می‌کنند شاید این گرفتگی مربوط به میزان پایین کلسیم و منیزیم باشــد، پس قرص‌های مکمل کلسیم و منیزیم توصیه شده است. به‌هرحال، مزیت طبی چنین کاری هرگز به اثبات نرســیده اســت. بعضی از دکترها معتقدند گرفتگی پا ممکن اســت مربوط به کاهش گردش خون باشد، که در زمان کم‌تحرکی شدیدتر می‌شود و برای همین شب‌ها گرفتگی پا شایع‌تر است. شاید متوجه بشوید کشیدن و دراز کردن پاهایتان به کاهش گرفتگی کمک می‌کند.



گاهی راه رفتن به رفع درد ناشی از گرفتگی پاها کمک می‌کند. ماساژ پا نیز می‌تواند مفید باشد ــ و گرفتگی پاها بهانه‌ی خوبی برای ماساژ گرفتن مداوم است!

توجه به ترشحات مهبلی

در دوران بارداری، اصولاً به‌طور طبیعی ترشحات مهبلی شما افزایش می‌یابد. بعضی از خانم‌ها متوجه می‌شــوند لازم است هر روز از نوار بهداشتی نازکی استفاده کنند. ترشــح، مایل به رنگ ســفید، رقیق، و تقریباً بدون بو اســت. استفاده از دوش‌های واژینال توصیه نمی‌شــود، زیرا ممکن است قابلیت طبیعی دفع عفونت‌های مهبلی یک خانم را تغییر بدهد.



در صورتی که ترشــحات مهبلی شــما به رنگ قهوه‌ای، زرد، یا سبز درآمد، یا دارای بوی بدی شد، به پزشک خود اطلاع دهید. (حتماً از فوریت آن مطمئن بشوید ــ این مسئله مشکلی نیست که لازم باشد ساعت سه‌ی صبح به مطب تلفن بزنید.)

بارداری از ابتلای شما به عفونت‌های مهبلی جلوگیری نمی‌کند، و به‌دلیل وجود میزان بالای استروژن در خونتان، ممکن است مستعد ابتلا به عفونت قارچی بشوید. عفونت قارچی معمولاً ترشح غلیظ سفید مایل به زرد ایجاد می‌کند، و در بعضی موارد باعث ایجاد خارش و قرمزی می‌شود. برای حل مشکل باید از کرم‌های موضعی مهبلی استفاده کرد، و این کرم‌ها هیچ خطری برای جنین به‌وجود نمی‌آورد. اکثر داروهای بدون نسخه‌ی متداول، داروهای -۱، -۳ و -۷ روزه است و کاملاً برای جنین بی‌خطر است.

تحمل کمر درد

کمردرد عارضه یا نشانه‌ی شایعی است که اکثر خانم‌ها در دوران بارداری آن را تجربه می‌کنند. اساســاً در دوران آخر بارداری بروز می‌کند، هرچند زودتر نیز می‌تواند رخ

دهد. یک دلیل آن می‌تواند تغییر مرکز ثقل بدن شما باشد. دلیل دیگر می‌تواند تغییر درجه‌ی انحنای ستون فقرات در حین رشد جنین و بزرگ شدن رحم باشد. می‌توانید با درآوردن کفش خود در صورت امکان، گرم کردن موضعی، و مصرف استامینوفن (تایلنول)، درد را تا حدودی تسکین بدهید. اغلب بیماران از ما در مورد گن‌های مخصوص دوران بارداری می‌پرسند که تبلیغشان را دیده یا شنیده‌اند. گرچه برخی از بیماران می‌گویند این گن‌ها کمک می‌کند، ولی بقیه چنین عقیده‌ای ندارند.

بعضی از خانم‌ها گسترش درد را از پایین کمر تا سرین و پایین ساق پا یا غیره تجربه می‌کنند. این درد، یا چیزی که کمتر شایع است، بی‌حسی، به‌عنوان سیاتیک شناخته شده است، که به‌خاطر فشار بر روی عصب سیاتیک به‌وجود می‌آید؛ عصبی اصلی که از کمر، به لگن خاصره، سرین و پاهای شما منشعب می‌شود. می‌توانید با استراحت در رختخواب، حمام گرم، یا تشک‌های حرارتی موارد خفیف، درد سیاتیک را تسکین بدهید. اگر به مورد حاد آن مبتلا شدید، احتمالاً به مدت طولانی به استراحت و انجام نرمش‌های خاص نیاز دارید.

هشدار!

گاهی، درد زودرس زایمان با بروز کمردرد خود را نشان می‌دهد. به هرحال، در زمانی که درد زودرس زایمان بروز می‌کند، درد با انقباض بیشتری همراه است، و به‌جای تداوم درد، می‌آید و می‌رود.

کنترل استرس

بسیاری از خانم‌ها نگرانند که آیا استرس تأثیری بر بارداری دارد یا نه. ولی پاسخ به این سؤال مشکل است، زیرا استرس تصوری گول‌زننده است. همه‌ی ما می‌دانیم استرس چیست، ولی به نظر می‌رسد هرکس به روش خود از عهده‌ی استرس برمی‌آید و هیچ‌کس به‌طور واقعی نمی‌تواند شدت آن را اندازه‌گیری کند. می‌دانیم استرس مزمن ــ هر روزه و تسکین نیافتنی ــ می‌تواند سطح هورمون‌های استرس را افزایش دهد که در جریان خون گردش دارد. بسیاری از دکترها معتقدند چنین سطح بالارونده‌ای از هورمون‌های استرس می‌تواند باعث درد زودرس زایمان یا مشکلات فشارخون در دوران بارداری شود، ولی مطالعات اندکی قادر به اثبات این نظریه شده است.

حفظ کنید

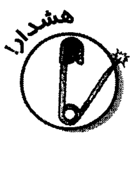
تا زمانی‌که باردارید، به‌راحتی فردی و آسایش خود توجه داشته باشید. هرکس برای کسب آرامش، روشی برای خود دارد ــ چه گرفتن ماساژ باشد یا رفتن به سینما، صرف شام در کنار دوستان، دوش داغ گرفتن یا استفاده از وان‌کف، یا فقط تکیه دادن و قرار دادن پاهای خود در بالا. برای خود وقت لازم صرف کنید.

آگاهی نسبت به اثرات داروها، الکل و مواد مخدر بر روی جنین

الــکل، داروهای توهم‌زا، و داروهای دیگری که وارد بدن خود می‌کنید، می‌توانند از جفت عبور کرده و وارد دستگاه گردش خون جنین شما شوند. برخی از این مواد کاملاً زیانبار اســت، در صورتی که برخی دیگر می‌تواند مشکلاتی به‌وجود بیاورد. دانستن اینکه استفاده از چه موادی بی‌خطر است و از کدام باید خودداری کرد، برای سلامت کودک شما حیاتی است. بخش‌های بعدی خلاصه‌ای از موادی است که می‌توانید با اطمینان خاطر مصرف، یا باید از مصرف آن خودداری کنید.

مصرف دارو

احتمالاً در دوران بارداری خود حداقل یک یا دو مورد سردرد و گاه‌گاهی ترش کردن را تجربه خواهید کرد. این سؤال که آیا می‌توانید از مسکن‌های بی‌خطر، داروهای ضد اســید، و سایر داروهای بدون نسخه برای رفع آن استفاده کنید، محدود به بررسی اســت. بســیاری از خانم‌ها از مصرف هر دارویی، به‌دلیل ترس از آسیب دیدن بچه می‌ترســند. ولی اکثر داروهای بدون نســخه ــ و حتی بسیاری از داروهای با نسخه ــ در دوران بارداری بی‌خطر است. در اولین معاینه‌ی دوران بارداری خود، در مورد مصرف داروهای بلامانع در دوران بارداری ــ هم داروهای بدون نسخه و هم داروهایی که توسط پزشک دیگری برای شما تجویز شده ــ صحبت کنید. اگر پزشک دیگری برای یک وضعیت پزشــکی، درمان شما را به‌عهده دارد، او را از بارداری خود مطلع کنید، تا در صورت نیاز انطباق صورت گیرد.



مصرف داروی با نسخه را قطع نکنید یا میزان آن را بدون مشورت با پزشک، سرخود تغییر ندهید.

بر روی بسیاری از داروها، برچسب «در دوران بارداری مصرف نشود» وجود دارد، زیرا به حد کافی بر روی زنان باردار مطالعه نشده است. به هرحال، این برچسب هشداردهنده الزاماً به این معنی نیست که اثرات نامطلوبی گزارش شده است، یا اینکه نمی‌توانید از آن‌ها استفاده کنید. هرگاه در مورد داروی خاصی سؤالی داشتید، از پزشک خود بپرسید. اگر نظرات در میان پزشکان متفاوت بود، تعجب نکنید.



مشکلات پزشکی خاصی، از قبیل فشار خون بالا، خطر بیشتری برای جنین در حال رشــد شما به‌وجود می‌آورد تا دارویی که برای درمان آن مصرف می‌کنید. حتی اگر

یک سردرد معمولی، آن‌قدر شدید باشد که وقتی پشت فرمان هستید باعث شود از چراغ راهنمایی عبور کنید، می‌تواند خطرناک‌تر از مصرف کمی استامینوفن باشد، که در نهایت اگر به میزان درمانی مصرف شود، در واقع خطرناک نیست. واقعیت آن است که ما بسیاری از زنان باردار را می‌بینیم که بی‌جهت از علایم شایعی رنج می‌برند که می‌توانستند با داروهایی درمان کنند که برای بچه بی‌خطر است.

در فصل ۱، فهرستی از داروها / مواد شیمیایی را ارائه داده‌ایم که مصرف آن‌ها برای اکثر زنان باردار بی‌خطر است. همچنین در مورد برخی از داروهایی که اثرات ناقص‌الخلقه‌سازی نیز دارد، به بحث پرداختیم، که یعنی این داروها قابلیت ایجاد نقایص مادرزادی و مشکلات مربوط به رشد و تکامل را دارد.



اگر قبل از اطلاع از بارداری، یا قبل از اطلاع از عوارض هریک از داروهای ناقص‌الخلقه‌ساز، از آن‌ها مصرف کردید، وحشت نکنید. این داروها در بسیاری از موارد، بسته به زمان و مقداری که در طول بارداری مصرف کرده‌اید، آسیبی نمی‌رساند. برخی از داروها می‌تواند در سه‌ماهه‌ی اول سبب بروز مشکلاتی بشود، ولی در کل در سه‌ماهه‌ی سوم، یا بالعکس، بی‌خطر است. در حقیقت، تعداد نسبتاً کمی از مواد ثابت شده که در انسان اثر ناقص‌الخلقه‌سازی دارند، و حتی آن‌هایی که این اثر را داشته‌اند،همیشه سبب بروز نقایص مادرزادی نمی‌شوند. با پزشک خود در مورد داروهایی که مصرف کرده‌اید، و امکان انجام آزمایش‌هایی که برای کنترل رشد و تکامل جنین در دسترس است، مشورت کنید.

همچنین می‌توانید برای کسب اطلاع بیشتر از مواد ناقص‌الخلقه‌ساز، به هریک از شماره تلفن‌هایی که خدمات تلفنی انجام می‌دهند، تلفن کنید یا به سایت اینترنتی آن‌ها سر بزنید. این مراکز خدماتی، اطلاعات خود را از پایگاه‌های داده‌های پزشکی دریافت می‌کنند، بنابراین در صورت دریافت اطلاعاتی بسیار تخصصی از پشت تلفن یا سایت اینترنتی، از پزشک خود بخواهید آن را برای شما تشریح کنید.

سیگار کشیدن

به احتمال زیاد از خطرات سیگار برای سلامتی خود آگاهید، مگر اینکه در ده سال گذشته روی کره‌ی مریخ زندگی کرده باشید. وقتی سیگار می‌کشید، خطر بروز سرطان ریه، آمفیزم[1] و بیماری قلبی را در بین بیماری‌های دیگر بیشتر می‌کنید. به هرحال، کشیدن سیگار در دوران بارداری، خطراتی را نیز برای جنین شما به‌وجود می‌آورد.

۱. پیدایش هوا یا گاز به‌طور غیرعادی در بافت‌های بدن به‌ویژه در شش‌ها. م.

منواکسید کربن موجود در دود سیگار، میزان اکسیژنی را که جنین برای رشد خود دریافت می‌کند، کاهش داده، و نیکوتین جریان خون را به جنین تقلیل می‌دهد. بنابراین، زنانی که سیگار می‌کشند، به‌طور فزاینده‌ای در معرض به‌دنیا آوردن نوزادانی کم وزن هستند، که به معنای مشکلات پزشکی بیشتری برای نوزاد است. در حقیقت، انتظار می‌رود نوزادان مادران سیگاری به‌طور متوسط، ۲۵۰ گرم کمتر از نوزادان مادران غیرسیگاری وزن داشته باشند. تفاوت دقیق در وزن تولد، بستگی به مقدار سیگاری دارد که مادر می‌کشد.

علاوه بر وزن کم هنگام تولد، سیگار کشیدن در دوران بارداری، با خطر بیشتر زایمان زودرس، سقط جنین، جفت سرراهی (به فصل ۱۵ رجوع کنید)، جدا شدن زودرس جفت (فصل ۱۵)، پاره شدن زودرس پرده‌ی آمنیوتیک و حتی سندرم مرگ ناگهانی نوزاد (SIDS) پس از تولد نوزاد همراه است.

ترک سیگار می‌تواند بسیار مشکل باشد. ولی به یاد داشته باشید حتی کاهش تعداد سیگارهایی که می‌کشید، به نفع کودک شما (و خودتان) است.

اگر در سه‌ماهه‌ی اول بارداری سیگار را ترک کنید، خود را تشویق کرده و خاطرجمع باشید به احتمال زیاد نوزاد شما با وزنی طبیعی به‌دنیا می‌آید

بعضی از خانم‌ها برای کمک گرفتن در ترک عادت، از چسب‌ها، آدامس یا اسپری‌های تنفسی نیکوتین‌دار استفاده می‌کنند. نیکوتین موجود در این محصولات، همچنان در جریان خون جذب و همچنان به جنین منتقل می‌شود، ولی حداقل منواکسید کربن و سموم دیگر موجود در دود سیگار حذف شده است. کل مقدار نیکوتینی که از مصرف متناوب آدامس یا اسپری‌ها جذب می‌شود، ممکن است کمتر از چسب‌هایی باشد که به‌طور مداوم استفاده می‌شود.

روش جدیدتر ترک سیگار، مانند زیبان یا ولبوترین، هنوز به‌طور گسترده بر روی زنان باردار مطالعه نشده است. به هرحال، در خانم‌هایی که به‌شدت سیگار می‌کشند، مزایای این درمان می‌تواند بر خطرات احتمالی غلبه کند.

استفاده از داروهای روان‌گردان / مواد غیرقانونی

مطالعات متعددی اثرات استفاده از مواد مخدر را در دوران بارداری ارزیابی کرده است. ولی این مطالعات می‌تواند گمراه‌کننده باشد، زیرا با تمام «مصرف‌کنندگان»،

فارغ از نوع مواد و مقداری که مصرف می‌کنند، با هم به‌طور یکسان برخورد دارد. روش زندگی مادر نیز بر میزان خطر برای بچه تأثیر می‌گذارد، که حتی اطلاع‌رسانی را دشوارتر می‌کند. برای مثال، زنانی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند، به احتمال زیاد بیشتر از سایر زنان دچار سوء تغذیه‌اند، و اساساً در موقعیت اجتماعی اقتصادی پایین‌تری قرار دارند، و در معرض میزان بالاتری از بیماری‌های مقاربتی قابل انتقال هستند. تمام این عوامل، جدای استفاده از مواد مخدر، می‌توانند مشکلاتی برای بارداری و فرزند شما به‌وجود آورد.

فهرست زیر اصولی را در مورد استفاده از انواع مواد مخدر و اثرات آن‌ها بر روی کودکان متولد نشده بیان می‌کند:

- **ماری جوآنا:** ماری جوآنا شایع‌ترین ماده‌ی روان‌گردان مخدر غیرقانونی است که در دوران بارداری استفاده شده است. اطلاعات موجود در مورد مصرف ماری‌جوآنا، بحث‌برانگیز است، ولی در زنانی که در دوران بارداری از ماری‌جوآنا استفاده می‌کنند، خطر تولد زودرس نوزاد یا تولد با وزن پایین، بیش از حد متوسط است.

- **کوکائین یا کوکائین‌کراک:** مصرف کوکائین یا کوکائین‌کراک در زنان باردار می‌تواند منجر به فشار خون حاد، سکته، حمله‌ی قلبی و حتی مرگ ناگهانی شود. از این گذشته، مصرف کوکائین خطر بروز مشکلاتی را در رشد جنین، زایمان زودرس، جدا شدن زودرس جفت (فصل ۱۵)، و سکته را در جنین افزایش می‌دهد. زنانی که از اوایل بارداری کوکائین مصرف می‌کنند، کودکان خود را در معرض خطر بالاتر ابتلا به نقایص مادرزادی گوناگون قرار می‌دهند. همچنین، نوزادان متولدشده از زنانی که در دوران بارداری کوکائین مصرف می‌کنند، در معرض خطر بالاتر رفتاری و نورولوژیک، صرع، و سندرم مرگ ناگهانی نوزادان قرار می‌گیرند.

- **مواد مخدر و افیون‌ها** (شامل هروئین، متادون، کدئین، دمرول و مرفین): اعتیاد به مواد مخدر به تنهایی هم مادر و هم کودک را در معرض خطر بیشتری قرار می‌دهد. مصرف آن با مشکلات رشد جنین، زایمان زودرس، مرگ جنین، و اندازه‌ی کوچک سر در ارتباط است. حتی شاید مهم‌تر از آن، اعتیاد به مواد مخدر، نوزاد را پس از تولد در معرض خطر ناهنجاری‌های شدیدی (از جمله مرگ) در نتیجه‌ی ترک مواد قرار می‌دهد. اگر به مواد مخدر یا افیون‌ها اعتیاد دارید، شروع به درمان در دوران بارداری می‌تواند تأثیرات مواد مخدر را بر کودک شما به حداقل برساند.

منظور ما این نیست که مصرف گاه به‌گاه کوتاه‌مدت داروهایی که شامل مواد مخدر یا مقدار درمانی است، موجب بروز مشکلاتی می‌شود. اگر به‌عنوان مثال،

در دوران بارداری خود قرار است تحت عمل جراحی یا یک کار دردناک بر روی دندان‌هایتان قرار بگیرید، مصرف چنین داروهایی برای کنترل کوتاه‌مدت درد، کاملاً قابل قبول است.

✓ **آمفتامین‌ها و سایر مواد قوی‌تر** (از جمله کریستال متامفتامین و بلوآیس)[۱]: از آنجایی‌که سابقه‌ی مصرف این مواد به اندازه‌ی مواد مخدر و کوکائین نبوده است، اطلاعات کمتری در مورد عوارض جانبی آن‌ها در دوران بارداری داریم. اما به‌طور قطع می‌دانیم موجب کاهش اشتهای مصرف‌کننده می‌شود، که در نتیجه، به رشد ضعیف جنین منجر می‌شود. همچنین، شواهد نشان می‌دهد مواد مخدر می‌تواند خطر مشکلات رشد جنین (از جمله اندازه‌ی کوچک سر)، جدا شدن زودرس جفت (فصل ۱۵)، و سکته‌ی جنین یا مرگ را افزایش دهد.

نگاهی به تغییرات روش زندگی

روش زندگی شما در دوران بارداری به‌طور اجتناب‌ناپذیری تغییر می‌کند. ممکن است در مورد انجام برخی از کارهایی که پیش از بارداری خود به‌طور منظم انجام می‌دادید، از خود سؤال کنید آیا هنوز انجام آن‌ها درست است یا نه. این بخش اطلاعاتی را در مورد فعالیت‌ها، مثل رنگ‌کردن موی سر در دوران بارداری، رفتن به سونا و وان‌های آب داغ، رفتن به سفر و زمان آن، و ادامه به کار فراهم می‌کند.

به خود رسیدن با درمان‌های زیبایی

هنگامی که دوستان یا بستگان خبر بارداری شما را می‌شنوند، احتمالاً به شما می‌گویند چقدر زیبا به‌نظر می‌رسید یا چه تلألو مادرانه‌ی زیبایی پیدا کرده‌اید. و شما نیز، احساس زیبایی بیشتری می‌کنید؛ گرچه بعضی از خانم‌ها کاملاً احساسی مخالف دارند. شاید از ایجاد تغییرات جسمانی که در بدنتان اتفاق می‌افتد، احساس ناراحتی کنید. در هر صورت، اگر مانند اکثر بیماران باشید، شاید در این فکر باشید که آیا ادامه‌ی عادت‌های متداول زیبایی شما در طول دوران بارداری بی‌خطر است یا نه. در این بخش، به آن‌ها می‌پردازیم و شما را از خطرات احتمالی آن‌ها آگاه می‌کنیم:

---

۱. دسته‌ی مواد مخدر انرژی‌زا. م.

- **بوتاکس:** ایمنی بوتاکس‌درمانی در دوران بارداری و شیردهی ناشناخته است. توصیه‌ی ما چیست؟ از زیبایی تلألو بارداری در دوران بارداری لذت ببرید، و بوتاکس را بگذارید برای بعد.
- **لایه‌بردارهای شیمیایی:** اسیدهای آلفا ـ هیدروکسی، ترکیب اصلی در لایه‌بردارهای شیمیایی است. این مواد به صورت موضعی عمل می‌کند، ولی مقادیر کمی از آن‌ها جذب سیستم گردش خون شما می‌شود. هیچ اطلاعی مبنی بر بی‌خطر بودن لایه‌بردارهای شیمیایی در بارداری پیدا نکرده‌ایم. احتمالاً بی‌خطر است، ولی در صورت تمایل، با پزشک خود مشورت کنید.
- **ماساژ صورت:** شاید متوجه شوید صورت‌تان نسبت به چند ماه گذشته تغییر کرده است، زیرا گاهی هورمون‌های بارداری می‌تواند ضایعاتی بر روی پوست به‌وجود آورد. ماساژ صورت شاید کمک کند و شاید هم نه. ولی در هر صورت می‌توانید یک‌بار امتحان کنید، حتی فقط برای اینکه مدتی از نشستن و تکیه دادن لذت ببرید و آرامش پیدا کنید! (به توصیه‌های اولیه در مورد لایه‌بردارهای شیمیایی رجوع کنید.)
- **رنگ موها:** یکی از اولین سؤالات برخی از بیماران ما این است، «آیا می‌توانم موهایم را رنگ کنم؟» یا «آیا می‌توانم موهایم را های‌لایت کنم؟» (عده‌ای دیگر صبر می‌کنند تا ریشه‌های موهایشان تا نیمه رشد کند و بعد کسب اجازه می‌کنند.) اکثر خانم‌ها در مورد رنگ‌کردن موهای خود نگرانند، زیرا از دوستان خود شنیده یا در مجلات خوانده‌اند که رنگ مو می‌تواند سمی باشد و ناهنجاری‌هایی برای کودک به‌وجود بیاورد. شاید پزشک شما پیشنهاد دهد در دوران بارداری از رنگ موهای گیاهی استفاده کنید. ولی از طرفی دیگر، پزشک دوست شما به او بگوید می‌تواند موهای خود را رنگ کند.

  خلاصه‌ی کلام: احتمالاً استفاده از رنگ مو در دوران بارداری مانعی ندارد. هیچ نشانه‌ای مبنی بر نقایص مادرزادی یا سقط جنین بر اثر استفاده از رنگ مو ارائه نشده است. سال‌ها قبل، برخی از رنگ‌ها حاوی متانول و سایر مواد شیمیایی بالقوه‌ی خطرناک بود که می‌توانست به بچه آسیب برساند. ولی در رنگ موهای جدیدتر، این مواد شیمیایی وجود ندارد.
- **اپیلاسیون:** اپیلاسیون پاها یا کشاله‌های پا، یعنی استفاده‌ی موضعی از موم گرم‌شده و سپس برداشتن آن به همراه مو. هیچ چیزی در موم نمی‌تواند مشکلی برای بچه به‌وجود بیاورد. بنابراین در زمان بارداری به اپیلاسیون خود ادامه بدهید تا آسوده‌خاطر و بدون موهای زاید باشید.

- **رفع موهای زاید با لیزر:** لیزر مورد اســتفاده در رفع موهای زاید، با انتقال حرارت به پیاز مو، رشد مجدد مو را متوقف می‌کند. اغلب برای کاهش درد، ابتدا کرم‌های بی‌حسی به پوست مالیده می‌شود. اگرچه نتوانسته‌ایم اطلاعات خاصی از رفع موهای زاید با لیزر در دوران بارداری به‌دست آوریم، هیچ دلیلی مبنی بر بروز مشکلاتی برای بچه با این روش درمانی، که به‌صورت موضعی انجام می‌شود، نمی‌دانیم.
- **مانیکور و پدیکور:** از پرسش‌های مکرر دیگر این است: «آیا در دوران بارداری می‌توانم ناخن‌های دست و پایم را درست کنم یا از ناخن مصنوعی یا کاشت ناخن اســتفاده کنم؟» بار دیگر پاسخ می‌دهیم، بله. عقل سلیم حاکی از آن است که اگر به یک آرایشگاه قابل اعتماد بروید که وسایل آن کاملاً تمیز باشد و محیط آن از تهویه‌ی مناسب برخوردار باشد، هیچ خطری وجود ندارد.
- **ماساژ:** ماساژ خوب است، و خواهید دید که ماساژدرمانگران متعددی ماساژهای خاصی در دوران بارداری انجام می‌دهند که هدف از آن تطبیق شکم برآمده‌ی شماســت. برخی از آن‌ها از میزهایی اســتفاده می‌کنند که مرکز آن بریده و درآورده شده است تا بتوانید به‌راحتی رو به شکم، مخصوصاً در ماه‌های آخر بارداری دراز بکشید.
- **مواد فر:** هیچ دلیل علمی‌ای حاکی از آن نیســت که مواد شیمیایی موجود در داروهای فر به رشــد جنین آسیب می‌رساند. معمولاً در این مواد مقادیر قابل ملاحظه‌ای آمونیاک وجود دارد؛ به هرحال، برای حفظ سلامتی خود، در محیط‌هایی که از تهویه‌ی مناسب برخوردار است، از آن‌ها استفاده کنید.
- **صاف کردن حرارتی مو:** صاف کردن حرارتی مو، که به روش صاف کردن ژاپنی نیز معروف است، روش نسبتاً جدیدی برای صاف کردن دایمی مو است. مراحل کار شــامل استفاده از مواد شیمیایی گوناگون و نرم‌کننده‌هایی بر مو است، و بعد از یک اتوی تخت برای صاف کردن دایمی مو استفاده می‌شود. هیچ تحقیق علمی بر روی این تکنیک در دوران بارداری صورت نگرفته است. برخی از مواد شــیمیایی مورد استفاده، مانند موادی است که برای فر کردن به‌کار می‌رود. خلاصه‌ی کلام: به احتمال زیاد صاف کردن حرارتی در دوران بارداری بلامانع است، ولی ما هیچ اطلاع مشخصی نداریم.
- **کرم‌هــای ضد چروک:** دو نوع کرم ضد چروک متداولی که امروزه از آن‌ها استفاده می‌شود، رتین آ و رنووآ است. هر دو نوع این محصولات حاوی مشتقات ویتامین آ است. اطلاعات قابل ملاحظه‌ای حاکی از بروز نقایص مادرزادی ناشی از مصرف داروهای خوراکی حاوی مشــتقات ویتامین آ (مثلاً آکوتین) وجود

دارد، ولی اطلاعات موجود از داروهای موضعی مانند رتین‌آ و رنووآ، بر مشکلی اشاره نمی‌کند. به هرحال، بعضی از پزشکان بنا بر تأثیرات قابل ملاحظه‌ی داروهای خوراکی، تمایلی به تجویز داروهایی که شامل این ترکیبات است ــ خوراکی یا موضعی ــ به بیماران خود ندارند.

آرامش گرفتن در وان‌های آب داغ، جکوزی، سوناهای خشک و بخار

استفاده از وان آب داغ، جکوزی، یا سونای خشک و بخار در دوران بارداری، به‌دلیل وجود دمای بالا می‌تواند خطرناک باشد. در آزمایشگاه حیوانات، با ایجاد دمای حرارتی بالا در دوران بارداری مشاهده شده که موجب بروز نقایص مادرزادی و سقط جنین شده است. انجام مطالعات انسانی حاکی از آن است که زنان باردار که در هفته‌های اول بارداری درجه‌ی حرارت درون بدنشان به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد، ممکن است در معرض خطر زیاد سقط جنین یا نوزادانی با نقایص مادرزادی لوله‌ی عصبی (مثلاً، اسپینا بیفیدا) قرار بگیرند. به هرحال، مشکلات اساساً تنها زمانی به‌وجود می‌آید که درجه‌ی حرارت بدن مادر در هفت هفته‌ی اول بارداری، بیش از ده دقیقه، به بالاتر از ۳۹ درجه‌ی سانتی‌گراد افزایش یابد.

اما دوش گرفتن با آب ولرم و تسکین‌دهنده در دوران بارداری خوب است. فقط به دلایل اشاره شده، اطمینان داشته باشید درجه‌ی حرارت آب زیاد بالا نباشد.

عقل سلیم حاکی از آن است که گاهی استفاده از وان‌های آب داغ، و سوناهای خشک و بخار برای مدت زمان کمتر از ده دقیقه، پس از سه‌ماهه‌ی اول بارداری، احتمالاً بلامانع است. به هرحال به‌خاطر داشته باشید برای جلوگیری از کم‌آبی به مقدار زیاد مایعات بنوشید.

مسافرت رفتن

مشکل اصلی مسافرت رفتن در دوران بارداری، فاصله‌ای است که میان شما و پزشک مراقبتان به‌وجود می‌آید. اگر زمان زایمان شما نزدیک باشد، یا دچار بارداری پرخطرید، احتمالاً نباید زیاد از خانه دور بشوید. گرچه، تصمیم شما برای مسافرت، به عوامل خطر موجود بستگی می‌یابد. اگر به دیابت مبتلایید ولی به‌خوبی تحت کنترل است، احتمالاً رفتن به سفر اشکالی ندارد. ولی اگر سه‌قلو باردارید، احتمالاً سفر به تیمبوکتو

فکر خوبی نیست. اگر بارداری شما بدون مشکل است، معمولاً مسافرت در سه‌ماهه‌ی اول، دوم و اوایل سه‌ماهه‌ی سوم بلامانع است.

مســافرت با ماشــین هیچ خطر خاصی را به‌وجود نمی‌آورد، به‌جز اینکه لازم است برای مدتی طولانی یکجا بنشینید. در سفرهای طولانی، هر دو ساعت یک‌بار توقف کنید تا پیاده بشــوید و کمی راه بروید. کمربند ایمنی و بند روی شانه را ببندید تا شما را محفوظ نگه دارد، و حتی اگر دچار تصادف شدید، به بچه آسیبی نرسد. مایع آمنیوتیکی که در اطراف جنین قرار دارد، مانند ضربه‌گیری در برابر هرگونه فشردگی ناشــی از فشار کمربند عمل می‌کند. عدم استفاده از مهارکننده‌ها بی‌تردید موجب بروز خطرات بیشــتری می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد علت اصلی مرگ جنین در تصادفات اتومبیل، مرگ مادر بوده است.

نکته

کمربند خود را در زیر شکم خود ببندید، نه بالای آن، و بند شانه را در حالت معمول خود حفظ کنید.

اگر کمتر از ۳۶ هفته باردار باشــید، اکثر خطوط هواپیمایی اجازه‌ی پرواز می‌دهند، ولی شاید مایل باشید یادداشتی از پزشک خود مبنی بر عدم وجود دلیلی پزشکی برای پرواز نکردنتان به همراه داشته باشید. پرواز کردن کاملاً بی‌خطر است، مخصوصاً در صورتی که موارد احتیاط را رعایت کنید:

- ✓ **در طــول ســفرهای طولانی هر از گاهــی از روی صندلــی خود بلند شــوید و در هواپیما راه بروید.** نشســتن به‌مدت طولانی می‌تواند موجب جمع شــدن خون در پاهایتان بشــود. راه رفتن موجب ادامه‌ی گردش خون شما می‌شود.
- ✓ **یک بطری آب به همراه خود داشته باشید و به‌طور مکرر آب بنوشید.** هوای درون هواپیما همیشــه بسیار خشک است. (یک‌بار خلبانی به ما گفت رطوبت نسبی در هواپیماها اساساً پایین‌تر از صحرای «صحرا» است. هواپیما قادر به حمل آب کافی برای بالا نگه داشــتن رطوبت نیست، زیرا آب اضافی موجــب افزایــش وزن بیش از حد بار می‌شــود.) از آنجا که هــوای هواپیما بسیار خشک است، ممکن است به‌سادگی در پروازهای طولانی دچار کم‌آبی بشــوید. همچنین نوشیدن آب بیشتر اطمینان می‌دهد به‌طور مکرر از جای خود بلند شوید تا به دستشویی بروید، و از جمع شدن خون در پاهای شما جلوگیری می‌کند.

نگران نباشید

لازم نیست در مورد فلزیاب‌های فرودگاه یا هریک از فلزیاب‌های دیگر نگران بشوید، زیرا از تشعشعات یونیزه استفاده نمی‌کنند. (تسمه‌نقاله‌ای که پس از شما چمدان‌هایتان

را حمل و کنترل می‌کند، از تشعشعات یونیزه استفاده می‌کند؛ هرچند به شما توصیه نمی‌کنیم بالای پیشخان بروید و خود را از میان دستگاه عبور دهید.)



اگر به هنگام پرواز مستعد حالت تهوع هستید و در گذشته مصرف درام آمین[1] را مؤثر دانسته‌اید، مصرف میزان عادی آن در دوران بارداری بلامانع است.



اگر برای سفر به مناطق گرمسیری، جایی که بیماری‌های خاصی شایع است، برنامه‌ریزی کرده‌اید، شاید مایل باشید قبل از سفر واکسینه شوید. ولی با پزشک خود در مورد بی‌خطر بودن واکسن مورد نظر در دوران بارداری مشورت کنید. (برای کسب اطلاع بیشتر در مورد واکسن‌ها، به فصل ۱ رجوع کنید.)

انجام مراقبت‌های دهان و دندان

اکثر مردم هر ۶ تا ۱۲ ماه یک‌بار، برای مراقبت‌های عادی به دندانپزشک مراجعه می‌کنند که به این معناست حداقل یک‌بار در طول دوران بارداری به مراجعه به دندانپزشک نیاز خواهید داشت. بارداری به‌تنهایی نباید تأثیری بر سلامت دندان‌های شما بگذارد. نباید از مراجعه به دندانپزشک خودداری کنید، زیرا نادیده گرفتن پوسیدگی می‌تواند باعث عفونت شود، که از هر دلیلی برای مراجعه به دندانپزشک مهم‌تر است. برخی از مطالعات اخیر بر زنان باردار نشان داده است کسانی که از بیماری اطراف دندان، یعنی عفونت و التهاب لثه‌ها رنج می‌برند، در معرض خطر بیشتری برای به‌دنیا آوردن نوزادان ریز یا نارس هستند. بنابراین، این یافته دلیل بیشتری برای اولویت دادن به بهداشت دهان است.

بارداری موجب افزایش جریان خون به لثه می‌شود. در حقیقت، در مورد نیمی از خانم‌های باردار شرایطی به‌وجود می‌آید که به آن التهاب لثه در دوران بارداری گفته شده، که فقط قرمز شدن لثه به‌دلیل افزایش جریان خون است. در این شرایط، لثه به‌راحتی آماده‌ی خونریزی است. بنابراین با ملایمت دندان‌های خود را مسواک کرده یا از نخ دندان استفاده کنید.



اگر لازم است کارهای معمولی چون پرکردن پوسیدگی، کشیدن دندان و گذاشتن روکش بر روی دندانتان انجام بدهید، نگران نباشید. بی‌حسی‌های موضعی و اکثر داروهای مسکن بی‌خطر است. بعضی از دندانپزشکان در طول مراحل کار آنتی‌بیوتیک تجویز می‌کنند. اکثر آنتی‌بیوتیک‌هایی که دندانپزشکان تجویز می‌کنند، در دوران بارداری

۱. نام تجاری دیمن هیدرینات برای جلوگیری از تهوع. م.

بی‌خطر است، ولی برای کسب اطمینان لازم است با مراقب دوران بارداری خود مشورت کنید. حتی اشعه‌ی ایکس برای گرفتن عکس از دندان، مادامی که یک پیش‌بند سربی روی شکم گذاشته شود، مشکل قابل ملاحظه‌ای برای جنین به‌وجود نمی‌آورد.

به‌یاد داشته باشید اگر برای انجام کار دندانی گسترده‌ای برنامه‌ریزی کرده‌اید که نیاز به بیهوشی عمومی دارد، حتماً مطمئن شوید متخصص بیهوشی از بارداری شما اطلاع، و تجربه‌ی کافی را در زمینه‌ی بیهوشی دادن به زنان باردار داشته باشد.

مقاربت

برای اکثر زوج‌ها، مقاربت در دوران بارداری کاملاً بی‌خطر است. در حقیقت، بعضی از زوج‌ها متوجه می‌شوند مقاربت در دوران بارداری حتی بهتر از قبل است. به هرحال لازم است مواردی را در نظر داشته باشید.

در نیمه‌ی اول بارداری، به‌دلیل اینکه بدن شما به‌طور قابل توجهی تغییر نکرده است، معمولاً مقاربت می‌تواند مانند گذشته ادامه داشته باشد. شاید متوجه شوید سینه‌ها در هنگام تماس به‌طور خاصی حساس یا حتی ملتهب باشد. بعداً، هنگامی که رحم بزرگ می‌شود، انجام برخی از وضعیت‌های مقاربتی مشکل می‌شود. شما و همسرتان برای انجام بعضی کارها باید کمی خلاقیت از خود نشان بدهید. اگر دیدید آمیزش بسیار ناراحت‌کننده شده است، شاید اشکال دیگر ارضای جنسی برای شما و همسرتان بهتر باشد.

بسیاری از خانم‌ها از ما سؤال می‌کنند آیا مقاربت در اواخر دوران بارداری، حتی در صورتی که دهانه‌ی رحم کمی باز شده باشد، اشکالی دارد یا نه. مقاربت تا زمانی که کیسه‌ی آب شما پاره نشده باشد، به هیچ‌وجه اشکالی ندارد.

در صورتی که در معرض خطر بالایی برای درد زودرس زایمان هستید، از مقاربت خودداری کنید.

اکثر پزشکان به پرهیز از آمیزش توصیه می‌کنند، زیرا آمیزش می‌تواند عفونتی را به داخل رحم وارد کند و در منی موادی وجود دارد که در انقباض رحم مؤثر شناخته شده است. به هرحال، اگر بارداری کم‌خطری دارید، تعدد آمیزش و برخورداری از لذت جنسی خطری ندارد. علاوه بر آن، در صورتی که جفت سرراهی داشته باشید (به فصل ۱۵ رجوع کنید)، در سه‌ماهه‌ی سوم باید از مقاربت خودداری کنید.

جنبه‌ی مهم دیگری که باید در نظر داشته باشید، این است که هر یک از شما از لحاظ روانشناسی چه احساسی در مورد مقاربت در دوران بارداری دارید. شاید مانند

بعضی از خانم‌ها متوجه بشـــوید میل جنسی‌تان افزایش یافته است. اغلب، متوجه می‌شوید افکار شدید جنسی به سراغتان می‌آید و اوج لذت جنسی به خودی خود افزایش یافته اســـت. از طرفی دیگر، شاید متوجه بشوید علاقه‌تان به مقاربت، کمتر از زمان قبل از بارداری شده است. شاید به‌دلیل تغییرات جسمانی که اتفاق افتاده، که کاملاً هم طبیعی است، احساس جذابیت کمتری می‌کنید. همسر شما نیز شاید تغییراتی را در میل جنسی خود به‌خاطر وجود هیجان و نگرانی طبیعی ناشی از پدر شدن و ترس‌های (ناشناخته‌ای) از اینکه آمیزش به بچه آسیب خواهد رساند، یا اینکه بچه به نوعی متوجه می‌شود چه می‌خواهید انجام بدهید، تجربه می‌کند.

کارکردن در دوران بارداری: نوع متفاوتی از درد

از نیم قرن گذشته، زنان بیشتر و بیشتری خارج از منزل کار می‌کنند. در حال حاضر، بیش از ۷۵ درصد از خانم‌ها در ســه‌ماهه‌ی ســـوم بارداری، و بیش از نیمی از آنان ظرف چند هفته پس از زایمان، به کار مشغولند. برای بسیاری از خانم‌ها، کار کردن تا آخر دوران بارداری، آن‌ها را راضی و مشغول نگه می‌دارد، و به آن‌ها کمک می‌کند تا به ناراحتی‌ها نپردازند. به‌علاوه، بســـیاری از خانم‌ها برای کارکردن یا نکردن حق انتخاب ندارند، زیرا نان‌آور خانواده‌هایشـــان هستند، و کار آن‌ها در اولویت اول قرار دارد. اگرچه در اکثر مواقع، کار کردن در دوران بارداری مشـــکلی برای بچه به‌وجود نمی‌آورد، مواردی استثنایی هم وجود دارد. مهم نیست چه نوع کاری انجام می‌دهید، در مورد شرایط کار خود با پزشکتان مشورت کنید.

نکته

استرس در بارداری، چه مربوط به موقعیت‌های کار باشد چه خانه، به‌درستی بررسی نشده است. برخی از دکترها معتقدند وجود استرس در حد بسیار زیاد می‌تواند خطر بروز مسمومیت بارداری یا درد زودرس زایمان را افزایش دهد (در فصل ۱۵ به هر دو مورد می‌پردازیم). استرس بسیار زیاد برای هیچ‌کس خوب نیست. هرکاری می‌توانید، برای کاهش استرس در زندگی خود انجام بدهید.

خطرات ناشی از کار را در نظر داشته باشید

شاید شغل شما به حداقل ایستادن یا راه رفتن نیاز داشته باشد، اجازه دهد ساعات همیشگی را کار کنید، و هرگز شما را تحت فشار روحی قرار ندهد. اگر چنین موردی دارید، و اگر قبلاً هیچ مشـــکلی از لحاظ پزشـــکی نداشته‌اید، می‌توانید از این بخش صرف‌نظر کنید (و به ما بگویید چه شـــغلی دارید!). ولی اگر مثل بقیه‌ی مایید، آن را بخوانید.

مشاغل پشت میزی و بدون استرس، در دوران بارداری کاملاً بی‌خطر است. از طرفی دیگر، مشاغلی که به کار بدنی نیاز دارد، می‌تواند مشکل‌ساز باشد. اکثر مشاغل در این بین قرار دارد، ولی حتی آن موقع نیز میزان استرس برحسب افراد تفاوت می‌یابد. در صورتی که مراحل بارداری شما بدون مشکلات باشد، احتمالاً می‌توانید تا زمان زایمان به کار خود ادامه بدهید. به هرحال، ممکن است در دوران بارداری مشکلاتی به‌وجود بیاید که کم‌کردن حجم کار یا به‌طور کلی دست کشیدن از کار، عاقلانه باشد. مثلاً، اگر امکان بروز درد زودرس زایمان پیش بیاید، به احتمال زیاد پزشک شما توصیه می‌کند دیگر سر کار نروید. شرایط دیگری که ممکن است دلیل قانع‌کننده‌ای برای کم کردن فعالیت بدنی باشد، فشار خون بالا و مشکلاتی است که با رشد بچه مربوط است.



اگر در یک پایانه‌ی کامپیوتری کار می‌کنید، شاید نگران شوید که در معرض چیزی مضر قرار دارید. ولی جای نگرانی نیست. هیچ دلیلی حاکی از مشکل‌ساز بودن امواج الکترومغناطیسی متساطع از پایانه‌های کامپیوتری نیست.

برخی مطالعات حاکی از آن است که زنانی که مشاغلی با مسئولیت‌های لازم بدنی دارند، از جمله بلند کردن اجسام سنگین، کارهای یدی، یا تقلای بدنی شدید، ممکن است تا حدودی در معرض خطر زایمان زودرس، فشار خون بالا، مسمومیت بارداری، یا جنین‌هایی کوچک‌تر از سن بارداری قرار بگیرند. از طرفی دیگر، ساعت‌های کار طولانی نشان نداده احتمال زایمان زودرس را افزایش داده باشد. مطالعات دیگر نیز نشان داده مشاغلی که به ایستادن‌های طولانی نیاز دارد (بیشتر از هشت ساعت در روز)، با امکان بیشتری از بروز کمردرد و پا درد، زایمان زودرس، و مشکلاتی در گردش خون در ارتباط است. خبر خوش: استفاده از جوراب‌های واریس، اگرچه جالب نیست، ولی در کاهش رگ‌های واریس مؤثر است.

به‌خاطر داشته باشید سلامت شما و بچه در بالاترین اولویت قرار دارد. فکر نکنید به‌خاطر توجه به بارداری خود، آدم ترسویی هستید. بعضی از خانم‌های باردار معتقدند اگر در مورد نشانه‌های مشخصی شکایت کنند یا در یک برنامه‌ی شلوغ، زمانی را برای خوردن یا رفتن به دستشویی استفاده کنند، موجب نارضایتی مدیران خود در سر کار می‌شوند.

در مورد نیازهای خاص خود در این دوران احساس گناه نکنید، و اجازه ندهید کار باعث نادیده گرفتن نشانه‌های غیرعادی از سوی شما بشود. اگر لازم است برای پرداختن به مشکلات از مرخصی استفاده کنید، این کار را انجام بدهید، و احساس بدی نسبت به آن نداشته باشید. کسانی که هرگز باردار نشده‌اند، نمی‌توانند فشارهای جسمانی را که با آن مواجه‌اید، کاملاً درک کنند.

درک بارداری و حقوق آن

برای شناخت حقوق مربوط به بارداری وقت صرف کنید. در ایالات متحده، متممی برای بند ششـــم از مصوبه‌ی حقوق مدنی ۱۹۶۴، تحت عنوان حق تبعیض بارداری آورده شـــده است که رفتاری برابر با سایر کارمندان یا متقاضیان را برای زنان بارد صحه می‌گذارد. بر طبق این حق، کارفرمایان مجاز نیستند یک زن را به‌خاطر شرا مربوط به بارداری او، تا زمانی که قادر به انجام وظایف اصلی شغل خود باشد، اخراج کنند. در صورتی که کارمندی به‌خاطر بارداری قادر نباشد به‌طور موقت به شغل خود بپردازد، کارفرما باید مانند هریک از کارمندان دیگری که موقتاً ناتوان شده است، رفتار کند؛ مانند تفویض وظایف جایگزین، مرخصی استعلاجی، یا مرخصی بدون حقوق. ناتوانی ناشی از بارداری ممکن است به‌خاطر خود بارداری به‌وجود آمده باشد، مثل حالت تهوع شدید یا استفراغ. همچنین ناتوانی می‌تواند ناشی از مشکلاتی باشد که در بارداری به‌وجود می‌آید، مانند خونریزی، درد زودرس زایمان، یا فشار خون بالا، یا ممکن است به‌خاطر خطرات ناشی از موقعیت‌های شغلی به‌وجود بیاید. در صورتی که مراقب دوران بارداری شما متوجه شود بارداری شما را ناتوان می‌کند، می‌توانید از او بخواهید برای تأیید ناتوانی‌تان، نامه‌ای برای کارفرمایتان بفرستد.

بیمه‌ی خدمات‌درمانی که کارفرما فراهم می‌کند، باید هزینه‌های مربوط به شرایط بارداری را مشابه با هزینه‌های سایر شرایط پزشکی تحت پوشش قرار دهد. بیمه‌گذاران خدمات‌درمانی، از ســوی قانون نمی‌توانند بارداری را به‌عنوان شــرایطی که از قبل به‌وجود آمده در نظر بگیرند، که به معنای این است که نمی‌توانند هنگامی که شغل خـــود را عوض می‌کنید، و برنامه‌های خدمات درمانی را تغییر می‌دهید، مورد بیمه را تکذیب کنند. ولی در هرحال بهتر اســت قوانین بارداری مربوط به کشور خود را مطالعه کنید.

فصل ٤

رژیم غذایی و ورزش برای مادر باردار

در این فصل

- آگاهی نسبت به اضافه‌وزن مناسب ـــ برای شما و فرزندتان
- فکر کردن در مورد نوع، و مقدار چیزهایی که می‌خورید
- آگاهی نسبت به پرهیز از برخی غذاها
- نگاهی به رژیم غذایی مخصوص مورد نظر
- حفظ سلامتی، با اطمینان خاطر، در دوران بارداری

زنان در تمام سنین، هنگامی که باردار می‌شوند، توصیه‌های گوناگونی در مورد آنچه باید بخورند و مقدار آن دریافت می‌کنند. آداب و رسوم فرهنگی، اعتقادات مذهبی، و نظرات علمی همگی مؤثر بوده است. به‌تازگی از یک نسل قبل، به زنان گفته می‌شود مقدار خوراک و نوشیدنی‌ها را محدود کنند تا حداقل وزن را اضافه کنند. در گذشته، آن‌ها را به خوردن غذاهای پرچربی ترغیب می‌کردند که هرچه اضافه‌وزن بیشتری پیدا کنند، بچه سالم‌تر می‌شود. این روزها، توصیه‌ی پزشک شما به احتمال زیاد، به عادت‌های خاص غذایی و اندازه‌ی شما هنگام شروع بارداری بستگی می‌یابد. همچنین، اگر در انتظار بیش از یک فرزند هستید، انتظار می‌رود چند کیلویی بیشتر از حد متوسط اضافه کنید. البته، سلامتی شامل چیزهایی بیش از فقط خوب خوردن است. ورزش نیز به همان اندازه که قبل از بارداری اهمیت داشت، مهم است، گرچه ممکن است نوع و میزان آن برای حفظ سلامتی در حین پیشرفت بارداری، تغییر یابد. این فصل برای شما اطلاعات مورد نیاز را به منظور تغذیه‌ی صحیح برای شما و فرزندتان و انجام ورزش‌های بی‌خطر فراهم می‌کند.

نگاهی به اضافه وزن مناسب

شروع بارداری با وزنی مناسب و اضافه وزن با سرعتی متوسط در طول دوران بارداری، می‌تواند در تضمین رشد و تکامل طبیعی جنین، و نیز حفظ سلامتی شما کمک کند.

تشخیص مقدار کافی

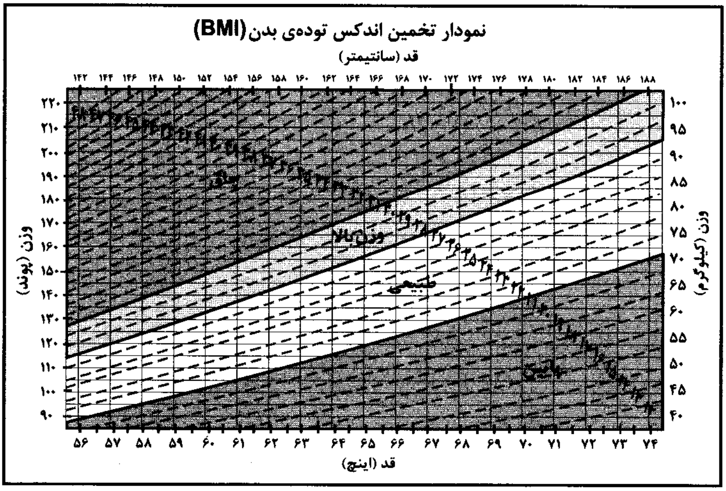
بهترین روش برای تشخیص وزن ایده‌آل ــ و اضافه‌وزن ــ نگاه به اندازه‌گیری است که به‌عنوان شاخص توده‌ی بدن شناخته شده است؛ عددی که هم قد و هم وزن را محاسبه می‌کند.

با نگاه به اندازه‌های خود در جدول شکل ۱-۴، شاخص توده‌ی بدن خود را پیدا کنید. وزن خود را در خط عمودی سمت چپ و قد خود را در خط افقی (پایین) نمودار مشخص کنید. (به‌جای آن، از اندازه‌گیری متریک در بالا و سمت راست نمودار استفاده کنید.) محلی که این دو نقطه یکدیگر را بر روی نمودار قطع کنند، شاخص توده‌ی بدن شما است (قطر خطوط را دنبال کنید تا به عدد شاخص توده‌ی بدن برسید).

پس از آنکه شاخص توده‌ی بدن خود را دانستید، می‌توانید اضافه‌وزن مطلوب خود را در دوران بارداری، با رجوع به جدول ۱-۴ مشخص کنید. (ولی فراموش نکنید، این رقم به خانم‌هایی مربوط می‌شود که تنها یک بچه باردارند!)



این ارقام به کلِ اضافه‌وزن در تمام طول دوران بارداری مربوط می‌شود، بنابراین تا روز زایمان نمی‌دانید وزن مطلوب داشته‌اید یا نه.



Source: Nutrition During Pregnancy and Lactation, National Academy Press, 1992

شکل ۱-۴: نمودار شاخص توده‌ی بدن

جدول ۱-۴ مشخص کردن اضافه‌وزن مطلوب

شاخص توده‌ی بدن	اضافه‌وزن توصیه‌شده
کمتر از ۱۹/۸	۲۸ تا ۴۰ پوند (۱۸ تا ۱۲/۵ کیلوگرم) (زیر وزن)
۱۹/۹ تا ۲۶	۳۵ تا ۲۵ پوند (۱۶ تا ۱۱/۵ کیلوگرم) (وزن طبیعی)
۲۶ تا ۲۹	۲۵ تا ۱۵ پوند (۱۱/۵ تا ۷ کیلوگرم) (اضافه‌وزن)
۲۹ یا بیشتر	۱۵ پوند (۶ کیلوگرم) یا کمتر (چاقی)



تحقیقات علمی، مناسب‌ترین الگوی اضافه‌وزن را در دوران بارداری مشخص نکرده است. افزایش مقدار کمی وزن در اوایل (زمانی که ممکن است گرفتار ویار صبحگاهی باشید.)، شاید تأثیر کمتری بر رشد جنین بگذارد تا اضافه‌وزن کم در دوره‌های دوم یا سوم. بعضی از خانم‌ها به‌صورت ناهماهنگ وزن اضافه می‌کنند؛ اوایل چند کیلو وزن اضافه می‌کنند و بعد خیلی کمتر. هیچ مورد خطرناکی در این الگو وجود ندارد.

از وسواس فکری در مورد وزن بپرهیزید

عمدتاً، به‌عنوان یک راهنما از نمودارهای اضافه‌وزن مطلوب استفاده کنید، ولی نسبت به میزان وزنی که اضافه کرده‌اید، تعصب خشک پیدا نکنید. حتی اگر میزان وزنی که اضافه کرده‌اید تا حدی کمتر از لزوم باشد، اگر دکتر شما می‌گوید بچه به‌طور طبیعی در حال رشد است، نباید نگران چیزی باشید. خانم‌هایی که بیشتر از حد متوسط وزن اضافه می‌کنند نیز می‌توانند کودکان سالمی داشته باشند، و همین‌طور خانم‌هایی که خیلی کم به وزنشان اضافه می‌شود.

اگر اضافه‌وزن شما بسیار زیاد یا بسیار کم باشد، دکتر می‌تواند با اندازه‌گیری ارتفاع قله‌ی رحم (فصل ۳)، یا اگر در نهایت نگران باشد، با سونوگرافی اندازه‌ی بچه را مشخص کند. اگر در حد قابل ملاحظه‌ای از اضافه‌وزن مورد نظر فاصله گرفته باشید، شاید دکتر بخواهد رژیم غذایی شما را ارزیابی کند. شاید شما را نزد یک متخصص تغذیه یا رژیم‌درمانگر بفرستد تا در مورد چیزهایی که باید بخورید و مقدار آن‌ها، به شما توصیه‌ی خاص بدهد.



خلاصه‌ی کلام آنکه می‌خواهید هرچه می‌توانید انجام بدهید تا برای فرزند خود فرصت‌های بهتری برای رشد و تکامل مطلوب به‌وجود آورید، ولی این کار نباید به قیمت دیوانه شدن شما تمام شود.

آگاهی نسبت اضافه‌وزن فرزندتان

گرچه اضافه‌وزن شما ممکن است در نهایت از روش خاص خود متابعت کند، الگوی رشد فرزند شما نیز به احتمال زیاد در ابتدا به‌آرامی پیش می‌رود، و سپس در حدود ۳۲ هفتگی بیشتر می‌شود، و تنها در هفته‌های آخر قبل از زایمان، کُند می‌شود. مثلاً، در هفته‌ی ۱۵ تا ۱۴، جنین روزانه ۰/۱۸ اونس (۵ گرم)، و در هفته‌ی ۳۴ تا ۳۲ روزانه ۱/۲۳ تا ۱/۰۶ اونس (۳۵ تا ۳۰ گرم) وزن اضافه می‌کند (که در حدود نیم پوند یا ۰/۲۳ کیلوگرم در هفته است). پس از هفته‌ی ۳۶، میزان رشد جنین کند می‌شود، و در هفته‌های ۴۱ و ۴۲ (در این زمان زایمان به تأخیر افتاده است)، ممکن است رشد جنین به حداقل برسد یا دیگر رشد نکند. در مورد نحوه‌ی رشد جنین خود به فصل ۷ رجوع کنید.

علاوه بر رژیم غذایی و اضافه‌وزن، عوامل زیر بر رشد جنین تأثیر می‌گذارند:

- ✓ **کشیدن سیگار.** کشیدن سیگار می‌تواند وزن هنگام تولد را در حدود نیم پوند (تقریباً ۲۰۰ گرم) کاهش دهد.
- ✓ **دیابت.** اگر مادر به دیابت ابتلا دارد، بچه می‌تواند بسیار درشت یا بسیار ریز باشد.
- ✓ **ژنتیک یا سابقه‌ی خانوادگی.** به عبارت دیگر، معمولاً فرزندان بازیکنان بسکتبال و سوارکاران حرفه‌ای نمی‌شوند!
- ✓ **عفونت جنینی.** برخی از عفونت‌ها بر رشد تأثیر می‌گذارد؛ گرچه برخی دیگر تأثیرگذار نیست.
- ✓ **مصرف داروهای غیرقانونی.** مصرف مواد مخدر می‌تواند رشد جنین را کُند کند.
- ✓ **سابقه‌ی پزشکی مادر.** برخی مشکلات پزشکی، مانند فشار خون بالا یا لوپوس (سل پوستی)، می‌تواند بر رشد جنین تأثیرگذار باشد.
- ✓ **بارداری‌های چندقلویی.** دوقلوها یا سه‌قلوها اغلب کوچک‌تر از بچه‌های تک هستند.
- ✓ **عملکرد جفت.** جریان خون جفت اگر کمتر از حد متوسط باشد، می‌تواند رشد جنین را کُند کند.

پزشـــک میزان رشـــد جنین شـــما را اغلب با اندازه‌گیری ارتفاع قله‌ای و توجه به اضافه‌وزنتان بررســـی می‌کند. اگر اضافه‌وزن شـــما بســـیار زیاد یا بسیار کم باشد، یا اندازه‌گیری‌های ارتفاع قله‌ی رحمتان غیرعادی باشـــد، یا موردی در ســـوابقتان وجود داشـــته باشد که شما را در معرض خطر مشکلات مربوط به رشد قرار دهد، دکترتان برای ارزیابی دقیق‌تر وضعیت، به احتمال زیاد شـــما را برای بررســـی از طریق سونوگرافی می‌فرستد.

هرچه می‌خورید ارزیابی کنید

حفظ یک رژیم متعادل، کم چربی، و پرفیبر نه تنها برای فرزند شما، که برای سلامت خود شـــما نیز اهمیت دارد. مصرف پروتئین به مقدار کافی حائز اهمیت است، زیرا پروتئین بســـیاری از وظایف بدن را انجام می‌دهد. وجود فیبر در رژیم غذایی شـــما در جلوگیری یا کاهش یبوست و بواسیر کمک می‌کند. می‌توانید با مصرف نکردن چربی زیاد، قلب خود را سالم نگه‌دارید، و همچنین از بالا رفتن اضافی وزن که کم کردن آن می‌تواند مشکل باشد، خودداری کنید. همچنین با جلوگیری از اضافه‌وزن زیاد، احتمال بروز ترک‌های پوستی را کاهش می‌دهید. برای مطالعه‌ی بیشتر درمورد ترک‌ها، به فصل ۷ رجوع کنید.

اگر رژیم غذایی شما متعادل و فاقد شکر و چربی زیاد است، نیازی نیست برنامه‌ی غذایی خود را تغییر بدهید. به‌طور متوسط در دوران بارداری، باید تقریباً ۳۰۰ کالری بیشتر در روز مصرف کنید. این بدین معناست که اگر دارای وزن طبیعی هستید و روزانه ۲۱۰۰ کالری دریافت می‌کنید، باید در دوران بارداری روزانه به‌طور متوســـط ۲۴۰۰ کالری دریافت کنید (شاید در سه‌ماهه‌ی اول کمی کمتر و در طول سه‌ماهه‌ی سوم کمی بیشتر).



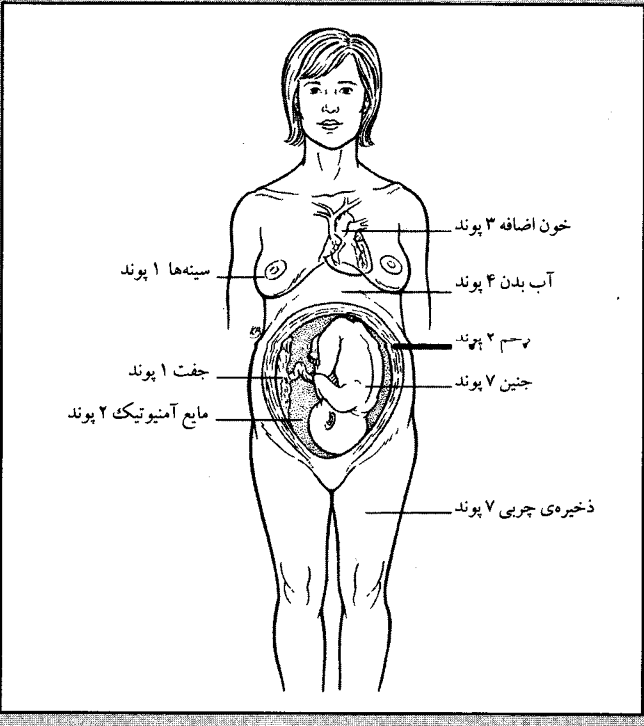
نیاز به افزایش مقدار کالری‌زا به این میزان، به معنای این نیست که هرروز معجون بســـتنی و آجیل بخورید. پر کردن این احتیاجات از طریق غذاهای مغذی اهمیت می‌یابد. پزشک شما به احتمال زیاد، مصرف ویتامین‌ها و مواد معدنی مکملی را نیز به شما توصیه می‌کند.

وزن به کجا می‌رود؟

خبر خوش این است که، وزنی که در دوران بارداری اضافه می کنید، فقط به ران‌های شما نمی‌رود. و باز اینکه، همه‌ی آن به بچه نمی‌رود. اساساً یک خانم باردار به چربی بدن خود کمی می‌افزاید. به هر حال، اینکه می توانید از شیوه‌ی اضافه‌وزن زن باردار ــ که بیشتر در شکم باشد یا لمبرها ــ بگویید پسر به‌دنیا می آورد یا یک دختر، یک خرافه است. (برای خرافات دیگر در رابطه با تشخیص جنسیت بچه، به فصل ۱۹ رجوع کنید.)

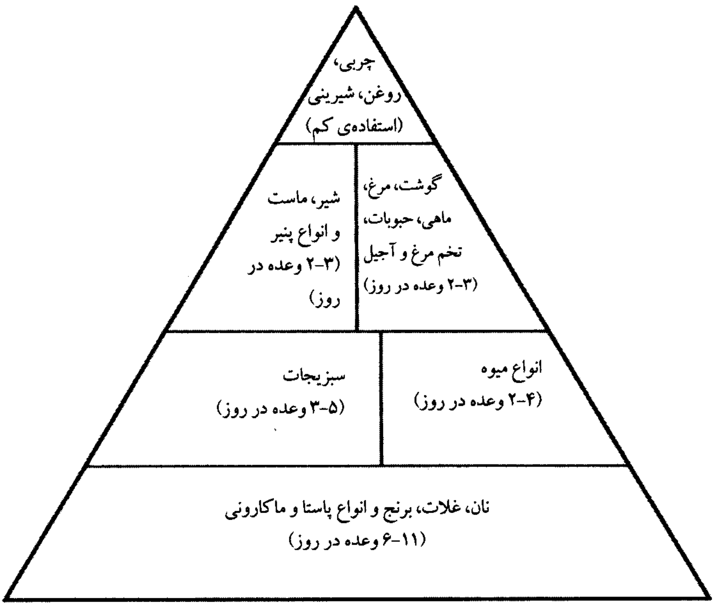
به این تصویر واقع بینانه از اضافه‌وزن خود نگاه کنید ــ فرض کنید اضافه وزن شما تقریباً ۱۳ کیلو گرم است، که نسبتاً متوسط است:

بچه	۷ پوند (۳،۱۸۰ گرم)
جفت	۱ پوند (۴۵۵ گرم)
مایع آمنیوتیک	۲ پوند (۹۱۰ گرم)
رحم	۲ پوند (۹۱۰ گرم)
سینه‌ها	۱ پوند (۴۵۵ گرم)
چربی ذخیره‌شده	۷ پوند (۳،۱۸۰ گرم)
آب بدن	۴ پوند (۱۸۲۰ گرم)
خون اضافی	۳ پوند (۱،۳۶۰ گرم)



استفاده از هرم راهنمای غذایی اداره‌ی کشاورزی ایالات متحده (USDA)

هیچ غذایی قادر نیست به تنهایی کلیه‌ی نیازهای مهم غذایی شما را تأمین کند. هرم راهنمای غذایی USDA (به شکل ۲-۴ رجوع کنید)، یک راهنمای کلی است که تناسب نسبی از وعده‌های غذایی را که در هر گروه باید بخورید، نشان می‌دهد.



شکل ۲-۴: از هرم راهنمای غذایی USDA برای کمک در مصرف مواد مناسب در دوران بارداری استفاده کنید.

Source: U. S. Department of Agriculture / U. S. Department of Health and Human Services

- ✓ **چربی‌ها، روغن‌ها و شیرینی‌ها:** غذاهایی که شامل این مواد خوشمزه ولی کم‌مغذی است، شامل آب‌نبات، بسیاری از دسرها، کره، سس مایونز، و سس‌های سالاد است. از غذاهای این گروه به مقدار کم بخورید. می‌توانید در فروشگاه‌ها به دنبال انواع کم‌چربی این محصولات باشید، ولی به‌خاطر داشته باشید حتی انواع کم‌چرب آن‌ها نیز، اغلب دارای کالری بالاست. می‌توانید با توجه به انواع چربی‌هایی که مصرف می‌کنید، خطر مشکلات مزمن سلامتی خود را کاهش دهید ــ از روغن‌های گیاهی و آجیل‌ها، به‌جای چربی‌های اشباع‌شده در غذاهای سرخ‌شده و روغن‌های داغ‌شده بیشتر مصرف کنید. توجه به «چربی‌های مفید» در دوران بارداری می‌تواند مفید نیز باشد، ولی مطالعات بر این موضوع همچنان ادامه دارد.

- ✓ **پروتئین‌ها و کلسیم:** دومین سطح از هرم شامل غذاهایی است که از لحاظ پروتئین و کلسیم غنی هستند، از جمله گوشت، مرغ، ماهی، آجیل‌ها، دانه‌ها، تخم‌مرغ و فراورده‌های شیر، مانند پنیر، ماست و البته خود شیر. می‌توانید دو تا چهار وعده پروتئین، و سه یا چهار وعده لبنیات در روز میل کنید. یک وعده مرغ، بوقلمون، گوشت کم‌چربی یا ماهی تقریباً ۵۶/۵ تا ۸۴/۵گرم می‌شود. دو وعده‌ی غذاخوری کره‌ی بادام زمینی یا یک عدد تخم‌مرغ، برابر با ۲۸/۳۵ گرم گوشت است.
- ✓ **میوه‌ها و سبزیجات:** ردیف یکی مانده به آخر در هرم غذایی، مربوط به گروه میوه‌ها و سبزیجات است. لازم است سه یا چهار وعده از هریک از این‌ها مصرف کنید. میوه‌ها و سبزیجات نه تنها منبع خوبی از ویتامین‌ها و مواد معدنی است، بلکه فیبر نیز فراهم می‌کند، که در دوران بارداری برای کمک به کاهش یبوست، از اهمیت زیادی برخوردار است. سبزیجات منبع غنی‌ای از ویتامین‌های آ، ث، و فولات، مانند آهن است. میوه‌ها نیز مقدار مناسبی از ویتامین‌های آ، و ث و همین‌طور پتاسیم دارد.
- ✓ **کربوهیدرات‌ها (قندها) و غذاهای نشاسته‌دار:** آخرین ردیف در هرم که بزرگ‌ترین و بیشترین سهم غذایی را شامل می‌شود، متشکل از غذاهایی چون نان، غلات، ماکارونی، برنج، و غلات دیگر است. این گروه از آنجا که کربوهیدرات‌های مرکب را فراهم می‌سازد، که منابع انرژی‌زای درازمدت است، اهمیت دارد. به‌علاوه، غلات منبع سرشاری از ویتامین‌ها، مواد معدنی و فیبر است. لازم است روزانه به‌طور متوسط، در حدود هشت تا ده وعده از این گروه مصرف کنید.

حتی اگرچه این مقدار غذا ممکن است بسیار زیاد به‌نظر بیاید، برآورده کردن این احتیاجات راحت‌تر از چیزی است که فکر می‌کنید. یک برش نان، چند عدد بیسکویت ترد، یا نصف فنجان ماکارونی، هریک فقط یک وعده‌ی غذایی را تشکیل می‌دهد. اگر شما هم مانند اکثر ما باشید، هنگامی که می‌نشینید و سفارش اسپاگتی پریماورا و میگوی مارینارا [1] می‌دهید، معمولاً بیش از یک فنجان می‌خورید. از این گذشته، می‌توانید با توجه به غذاهایی که از غلات سبوس‌دار است، به‌جای استفاده از کربوهیدرات‌های فراوری‌شده مانند شکر تصفیه‌شده، خطر مشکلات مزمن سلامت خود را کاهش دهید.

---

۱. Primavera در زبان ایتالیایی به معنای بهار است و از آنجایی که این اسپاگتی با انواع سبزیجات، از قبیل بروکلی، قارچ، هویج و سبزیجات معطر دیگر به همراه سس قارچ مخصوصی سرو می‌شود، چنین نام گرفته است. میگوی مارینارا سس مخصوصی است که با میگوی خردشده و مواد دیگری با این غذا مصرف می‌شود. م.

آیا مصرف کافئین در دوران بارداری بی‌خطر است؟

اگرچه برخی از خانم‌ها تصور می‌کنند فقط یک فنجان قهوه‌ی غلیظ حاوی کافئین است، اما در حقیقت می‌توانید کافئین را در بسیاری از چیزهای دیگری که روزانه می‌خورید یا می‌نوشید، پیدا کنید: چای، بسیاری از نوشابه‌های گازدار، کاکائو، و شکلات. هیچ دلیلی حاکی از بروز نقایص مادرزادی به‌خاطر کافئین وجود ندارد. به هر حال، اگر به میزان زیادی کافئین مصرف می‌کنید، می‌تواند خطر وزن پایین هنگام تولد یا سقط جنین را افزایش دهد.

اکثر مطالعات حاکی از آن است که مصرف بیش از ۳۰۰ میلی‌گرم کافئین در روز می‌تواند بر جنین تأثیر بگذارد. یک فنجان متوسط قهوه (به‌خاطر داشته باشید که این یک فنجان ۸ اونسی معمولی قهوه است ـ نه یک فنجان خیلی بزرگ یا قهوه‌ی اسپرسو یا کاپوچینو!) بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلی‌گرم کافئین دارد. چای تا حدی کافئین کمتری دارد ـ در حدود ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم ـ و نوشابه‌های غیرالکلی تقریباً در هر ۱۲ اونس، ۳۶ میلی‌گرم کافئین دارد. بنابراین نوشیدن دو فنجان ۸ اونسی قهوه (یا به همان نسبت کافئین موجود در غذاها یا نوشیدنی‌های دیگر) در روز، معمولاً در دوران بارداری بلامانع است. بسیاری از خانم‌ها از کافئین موجود در شکلات می‌پرسند. ذائقه‌ی شیرینی‌دوست شما خوشحال خواهد شد بداند در یک بسته شکلات متوسط یا یک فنجان کاکائوی داغ، فقط ۶ میلی‌گرم کافئین وجود دارد.

به‌یاد داشته باشید مصرف کافئین اغلب باعث می‌شود بیش از پیش به دستشویی بروید. در صورتی که از تکرر ادرار در عذاب هستید، شاید مایل باشید مصرف کافئین را قطع کنید. همچنین، مخصوصاً در سه‌ماهه‌ی آخر، ممکن است متوجه بشوید داشتن یک خواب راحت تا صبح تقریباً محال است، زیرا نمی‌توانید وضعیت راحتی برای خوابیدن پیدا کنید، و اگر هم پیدا کنید، مجبور می‌شوید برای رفتن به دستشویی، بارها از جای خود بلند شوید. نوشیدن شب‌هنگام چای یا قهوه، فقط ناتوانی شما را در استراحت کردن تشدید می‌کند!



مواجهه با تهوع صبحگاهی در سه‌ماهه‌ی اول بارداری، بسیار شایع است (به فصل ۵ رجوع کنید). اگر با این حالت تهوع مواجه‌اید و نمی‌توانید از یک رژیم متعادل مصرف کنید، شاید نگران شوید که مواد غذایی کافی به شما و بچه می‌رسد یا نه. در واقع می‌توانید چند هفته بدون خوردن غذای مناسب و بدون هیچ‌گونه عارضه‌ای بر روی بچه، رژیم غذایی مناسبی نداشته باشید. شاید متوجه شوید تنها غذاهایی که می‌توانید تحمل کنید، غذاهای نشاسته‌دار یا کربوهیدرات‌ها است. اگر احساس می‌کنید فقط دوست دارید سیب‌زمینی، نان و ماکارونی بخورید، پس شروع کنید. چیزی خوردن بهتر از گرسنگی کشیدن است.



در حالی که بارداری‌تان پیش می‌رود، بدنتان نیاز به مایعات بیشتری پیدا می‌کند. خانم‌هایی که پیش از این، مایعات کافی ننوشند، احساس ضعف یا بی‌حالی می‌کنند.

بعدهـــا در دوران بارداری، کم‌آبی به بروز انقباضات زودرس منجر می‌شـــود. روزانه درحدود ۶ تا ۸ لیوان کامل آب (یا شیر یا آب میوه) بنوشید، و اگر بیش از یک بچه در شکم دارید، کمی بیشتر.

تکمیل رژیم غذایی

اگر رژیم غذایی شـــما مناســـب و متعادل است، اکثر ویتامین‌ها و مواد معدنی مورد نیاز خود را به‌طور طبیعی ــ به‌جز آهن، اســـید فولیک و کلسیم دریافت می‌کنید. پزشـــک شما برای اطمینان از دریافت کافی این مواد غذایی و به‌عنوان تضمینی در برابر عادت‌های غذایی ناکافی، به احتمال زیاد ویتامین‌های دوران بارداری به شـــما تجویز می‌کند. در مورد ویتامین‌ها، مصرف بیشـــتر دلیل بر بهتر بودن نیست، فقط تعدادی میل کنید که برای مصرف روزانه‌تان تجویز شده است.



اگر فراموش کردید یک قرص ویتامین خود را بخورید، نگران نشوید. هیچ اتفاق بدی نمی‌افتد. اگر مصرف ویتامین‌ها در ماه‌های اول بارداری، موجب حالت تهوع در شما می‌شود، کنار گذاشتن آن‌ها تا زمانی که احساس کنید حالتان بهتر شده است، هیچ خطری برای بچه به‌وجود نمی‌آورد. به‌خاطر داشته باشید، بچه هنوز بسیار کوچک است، و نیازی به مواد غذایی زیاد ندارد. اگر در مراحل اولیه‌ی بارداری هستید (چهار تا هفت هفته)، می‌توانید تا زمانی که بتوانید، یک قرص کامل از ویتامین مکمل دوران بارداری را تحمل کنید؛ فقط از مکمل فولیک اســـید مصرف کنید که گاهی اوقات تحمل آن راحت‌تر اســـت. اگر بعداً در طول بارداری مبتلا به ویروس معده شدید و نتوانستید برای مدتی ویتامین‌ها را تحمل کنید، این نیز مشکلی نیست. جنین در حال رشد قادر است نیازهای خود را دریافت کند، حتی اگر به قیمت مادرش تمام شود (موضوعی که در سراسر زندگی ادامه می‌یابد!).



اگـــر متوجه شـــدید ویتامین واقعاً شـــما را به حالت تهوع می‌اندازد، ســـعی کنید قبـــل از مصرف آن چند عدد بیســـکویت تـــرد بخورید، یا هنگام خـــواب آن‌ها را مصرف کنید.

آهن

هنگامی که باردار هســـتید، نیاز به آهن بیشـــتری دارید، زیرا هم شـــما و هم بچه، هر روز گلبول‌های سرخ جدید می‌سازید. به‌طور متوسط، روزانه به ۳۰ میلی‌گرم آهن بیشـــتری در دوران بارداری احتیاج داریـــد، که در اکثر ویتامین‌های دوران بارداری موجود اســـت. شـــمارش تعداد گلبول‌های خون در طول دوران بـــارداری، می‌تواند به‌راحتی افت کند، زیرا بدن شـــما به‌تدریج پلاسمای (مایع) بیشتری می‌سازد و به

نسبت گلبول‌های قرمز کمتری (که به آن کم‌خونی رقیق گفته شده است). اگر به کم‌خونی مبتلا بشوید، شاید نیاز به مکمل آهن بیشتری داشته باشید.

نکته

غذاهای سرشـــار از آهن عبارت است از: مرغ، ماهی، گوشت قرمز، سبزیجات دارای برگ ســبز، و نان‌ها و غلات غنی‌شده یا سبوس‌دار. می‌توانید میزان آهن غذاها را با پختن آن‌ها در قابلمه‌ها و ماهی‌تابه‌های چدنی بالا ببرید.

کلسیم

در زمان بارداری، روزانه در حدود ۱۲۰۰ میلی‌گرم کلســـیم نیاز دارید. (میزان مجاز کلسیم توصیه‌شـــده در ایالات متحده (USRDA) برای تمام زنان، به‌طور روزانه در حدود ۱۰۰۰ میلی‌گرم است.) در واقع اکثر خانم‌ها کمتر از این میزان دریافت می‌کنند. اگر پیش از این به‌نوعی دچار کمبود کلسیم باشید، نیاز کلسیم برای جنین در حال رشد، تنها کارها را برای شما مشکل‌تر می‌کند. جنین می‌تواند کلسیم کافی از مادر خود دریافت کند، حتی اگر به قیمت استخوان‌های مادر تمام شود. بنابراین کلسیم اضافی مورد نیاز در دوران بارداری، در واقع برای محافظت از شـــما و ســـلامتی‌تان در نظر گرفته شده است.

نکته

ویتامین‌هـــای دوران بـــارداری، تنها در حدود ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلی‌گرم کلســـیم دارد (در حدود یک‌چهارم از میزان توصیه‌شـــده)، بنابراین لازم است آن را از منابع دیگر تأمین کنید.

دریافت کلســـیم کافی از طریق رژیم غذایی، تنها در صورتی امکان‌پذیر اســـت که واقعاً به آن توجه کنید. می‌توانید با مصرف ســـه تا چهار وعده از غذاهای سرشـــار از کلسیم، مانند شیر، ماست، پنیر، سبزیجات دارای برگ سبز، و ماهی کنسرو شده‌ی با استخوان (اگر معده‌ی شما تحمل آن را داشته باشد)، آن را تأمین کنید. همچنین در فروشگاه‌ها، برخی غذاهای مخصوص بدون لاکتوز وجود دارد که سرشار از کلسیم است. فهرست زیر به وعده‌های غذایی که به‌عنوان یک غذای کافی محسوب می‌شود (۳۰۰ میلی‌گرم کلسیم)، اشاره می‌کند:

- ✓ ۱ لیوان ۸ اونسی شیر (تقریباً یک چهارم لیتر) (توصیه: شیر کم‌چربی یا بدون چربی را انتخاب کنید.)
- ✓ ۱۰۰ گرم کلم بروکلی پخته
- ✓ حدود ۱۰۰ تا ۱۴۰ گرم کنسرو ماهی آزاد با استخوان
- ✓ حدود ۵۰ تا ۶۰ گرم پنیر (توصیه: پنیر خانگی نسبت به سایر پنیرها کلسیم کمتری دارد.)
- ✓ حدود ۲۰۰ گرم ماست

اگر رژیم غذایی شما کم‌کلسیم است، از داروی مکمل استفاده کنید. تامز و ضد اسیدهای دیگر شامل مقداری کلسیم است و به‌طور همزمان، هرگونه ترش کردن ناشی از بارداری را برطرف می‌کند. (یک قرص تامز، کلسیمی معادل با یک لیوان یک‌چهارم لیتری شیر دارد.)

ویتامین ث

برخی مطالعات حاکی از آن است که ویتامین ث می‌تواند در کاهش خطر مسمومیت بارداری مؤثر باشد. اگر در معرض خطر چنین وضعیتی هستید (به فصل ۱۵ رجوع کنید)، به میوه‌فروشی‌های محلی خود برای خرید میوه و سبزیجات تازه سری بزنید.

تشخیص غذاهای سالم

وقتی که بیماران از ما در مورد مواد غذایی و غذاهایی که باید از آن پرهیز کنند می‌پرسند، موضوعات خاصی دوباره و دوباره مطرح می‌شود. از برخی از غذاهایی که اغلب از ما درباره‌شان می‌پرسند، باید پرهیز کرد، و برخی دیگر به‌نظر نمی‌رسد آسیبی برساند.

توضیحی در مورد باکتری لیستریا

باکتری لیستریا[1]، که می‌تواند منجر به درد زودرس زایمان یا ناهنجاری‌های دیگری شود، اساساً در پنیرهای غیرپاستوریزه یافت می‌شود، ولی در غذاهای دیگری نیز ـ مثلاً بعضی از پاته‌ها، هات داگ، گوشت‌های اغذیه‌فروشی‌ها، یا سالادهای بسته‌بندی که به خاک آلوده شده، وجود دارد.

از آنجا که باکتری لیستریا در انواع مختلف غذاها یافت شده است، نمی‌توانید از خوردن تمام غذاهای حاوی آن خودداری کنید.

خبر خوش آن است که میزان شیوع عفونت باکتری لیستریا در دوران بارداری، بسیار کم است. همچنین دستورالعمل‌هایی وجود دارد که می‌توانید با پیروی از آن، خطر را کاهش بدهید، مانند خوردن غذاهای داغ، بلافاصله پس از حرارت دیدن. غذاهایی که از هر نظر فاقد باکتری لیستریا به‌نظر می‌رسد، عبارت است از: شکلات، مارمالاد، بیسکویت‌ها، هویج خام، سیب خام و گوجه‌فرنگی خام. بنابراین اگر می‌خواهید به کلی از باکتری لیستریا بپرهیزید، مارمالاد، هویج خام و بیسکویت ساندویچی میل کنید. جداً، اگر ندانسته هریک از غذاهای حاوی باکتری لیستریا را خوردید، وحشت نکنید، هنوز خطر بروز عفونت بسیار پایین، و مشکل نسبتاً غیرشایع است.

۱. در انسان ایجاد بیماری مجرای تنفسی فوقانی همراه با آنژین، لنفادیت و ورم ملتحمه یا نوعی بیماری سیستمیک می‌کند.م.

تکذیب خرافات غذایی رایج

بسیاری از غذاهایی که زمانی برای زنان باردار خطرناک به‌نظر می‌رسیده، به احتمال زیاد آسیبی به شما یا فرزندتان نمی‌رساند.

هشدار!

اگرچه مجبور نیستید از خوردن غذاهای زیر پرهیز کنید، ولی در خوردن آن‌ها اعتدال را رعایت کنید.

- ✓ **آسپارتام (Nutrasweet یا Equal):** آسپارتام (یک عنصر مشترک در غذاها و نوشیدنی‌های کم‌کالری) نوعی اسیدآمینه است، نوعی ماده‌ای که بدن به آن عادت دارد، زیرا چیزی است که پروتئین‌ها از آن درست می‌شود. هیچ دلیلی طبی نشان نمی‌دهد آسپارتام موجب بروز مشکلاتی برای جنین در حال رشد می‌شود.
- ✓ **انواع پنیر:** اکثر مردم معتقدند پنیرهای فراوری‌شده و پاستوریزه نه تنها بی‌خطر است، بلکه منبع سرشاری از پروتئین و کلسیم است. برای کسب اطلاع بیشتر در مورد پنیرهای غیرپاستوریزه، به بخش « تشخیص غذاهای مضر احتمالی» رجوع کنید.
- ✓ **ماهی:** مصرف اکثر ماهی‌ها در دوران بارداری بی‌خطر است. ماهی منبعی سرشار از پروتئین و ویتامین‌ها، و همچنین کم‌چربی است. در حقیقت، میزان بالای پروتئین، اسیدهای چرب امگا ـ۳، ویتامین د، و سایر مواد غذایی، ماهی را به غذایی عالی برای مادران باردار و جنین در حال رشد آن‌ها تبدیل کرده است. به هرحال، ماهی‌های خاصی ــ کوسه، ماکرو، شمشیر ماهی، و ماهی خال‌خال زرد ــ میزان زیادی جیوه در خود دارند. هنوز قضاوت در مورد اینکه آیا جیوه موجب بروز تأخیر رشد و تکاملی در زمان خردسالی یا مشکلاتی در زمینه‌ی مهارت‌های حرکتی (احتمالاً نه) می‌شود یا نه، قطعی نیست، بنابراین FDA اخیراً توصیه می‌کند در دوران بارداری، از خوردن ماهی‌هایی که به میزان زیاد جیوه دارند، بپرهیزید. با وجود این، می‌توانید از خوردن ماهی آزاد، ماهی روغن خالدار، تیلاپیا، ماهی روغن، کفشک ماهی، و اکثر صدف‌داران، بدون نگرانی لذت ببرید.
- ✓ **سوشی:** چه باردار باشید چه نباشید، ماهی خام کمی خطر عفونت انگلی دارد (که می‌تواند شما را بیمار کند). بارداری موجب افزایش خطر نمی‌شود، و احتمال هیچ‌گونه آسیبی از این عفونت برای جنین وجود ندارد.مطمئن شوید ماهی از منبع قابل اطمینانی باشد.

✓ **گوشـــت‌ها یا ماهی دودی:** بســـیاری از خانم‌های بـــاردار در مورد مصرف گوشت یا ماهی دودی نگرانند، زیرا شنیده‌اند این غذاها درصد بالایی نیترات دارد. اگرچه این غذاها از چنین موادی برخوردار است، ولی در صورت مصرفِ متوسط، آسیبی به بچه نمی‌رساند.

تشخیص غذاهای مضر احتمالی

اگر از ســـلامت برخوردارید، احتمالاً می‌توانید با اطمینان خاطر اکثر غذاهایی را که معمولاً می‌خورید، مصرف کنید. با وجود این، فهرست زیر به برخی خطرات احتمالی می‌پردازد که احساس می‌کنیم باید به آن اشاره کنیم:

✓ **پنیرهایی که از شـــیر غیرپاستوریزه یا نجوشـــیده تهیه شده باشد:** پنیرهایی که از شیر غیرپاستوریزه یا نجوشیده تهیه شده باشد، حاوی باکتری خاصی است، مانند باکتری لیستریای منوسیتوژن، سالمونلا، و ای ـ کولای[1]. لیستریا، به‌طور خاص با عوارض مشخصی از بارداری، مانند درد زودرس زایمان یا حتی سقط جنین مربوط شده است. به هرحال، دانشمندان در مورد پنیرهایی که زنان باردار باید از خوردن آن پرهیز کنند، در کل موافق نیستند. برخی از دانشمندان احساس می‌کنند پاستوریزه کردن در واقع بعضی از باکتری‌های مفید را که می‌تواند در از بین بردن باکتری لیستریا مؤثر باشد، از بین می‌برد و اینکه باکتری لیســـتریا، در واقع در پنیرهای پاستوریزه ممکن است بیشتر وجود داشته باشد تا پنیرهای غیرپاستوریزه.

✓ **گوشـــت خام یا نیم‌پز:** استیک تارتار یا گوشت گوســـاله‌ی نیم‌پز می‌تواند باکتری مثل باکتری لیستریا، یا انگل، مانند توکسوپلاسما داشته باشد. پخت در حد کافی، هم باکتری و هم انگل‌ها را از بین می‌برد. به‌عبارت دیگر، لازم است غذای خود را کاملاً بپزید.

✓ **جگـــر:** از آنجایی‌که مقدار زیادی ویتامین آ دارد (بیشـــتر از ۱۰ برابر مقدار توصیه‌شـــده برای زنان باردار)، مصرف آن در اوایل بارداری فرض می‌شود با نقایص مادرزادی مربوط باشـــد. مصرف بیش از ۱۰۰۰۰ واحد بین المللی از ویتامیـــن آ در روز (میزان مصرف مجاز برای زنان باردار در روز، ۲۵۰۰ واحد بین‌المللی است)، در تحقیقی نشان داده که به نقایص مادرزادی منجر شده است. دانشمندان این خطر را با صراحت اثبات نکرده‌اند، ولی می‌توانید در صورت

---

۱. نوعی میکروب که باعث اسهال و عفونت‌های ادراری می‌شود. م.

اشتیاق زیاد به مصرف جگر در سه‌ماهه‌ی اول، جایگزینی برای آن پیدا کنید. و برچسب روی قرص‌های ویتامین‌های دوران بارداری خود را برای اطمینان از عدم مصرف زیاد ویتامین آ کنترل کنید.

نیازهای رژیم‌های غذایی خاص را در نظر داشته باشید

ممکن است علی‌رغم رعایت تمام قوانین برای یک تغذیه‌ی سالم، با مشکلات خاص گوارشی، مانند یبوست یا ترش کردن مواجه بشوید. یا ممکن است ــ مثلاً اگر گیاه‌خواری می‌کنید، متوجه شوید برای انطباق با عادت‌های خاص غذایی خود لازم است تغییراتی ایجاد کنید. در این بخش، به برخی از موضوعاتی می‌پردازیم که برای خانم‌هایی مهم است که برنامه‌ی غذایی خاص دارند و تمام خانم‌هایی که ممکن است با مشکلات گوارشی روبه‌رو شوند.

درست خوردن، در روش گیاه‌خواری

اگر گیاه‌خوارید، مطمئن باشید می‌توانید بدون خوردن استیک بچه‌ای سالم داشته باشید. ولی باید برای رژیم غذایی خود با دقت برنامه‌ریزی کنید. سبزیجات، تمام غلات، و حبوبات (نخود و لوبیا)، سرشار از پروتئین است، ولی اکثر آن‌ها پروتئین کامل ندارد. (تمام اسید آمینه‌های اساسی را که بدن شما قادر نیست به خودی خود تأمین کند، در خود ندارد.) برای دریافت پروتئین لازم خود، می‌توانید غلات کامل را با حبوبات یا آجیل ترکیب کنید؛ برنج را به همراه لوبیا قرمز، یا حتی کره‌ی بادام زمینی را با نان سبوس‌دار ترکیب کنید. لازم نیست این ترکیب در یک وعده‌ی غذایی باشد، فقط در یک روز می‌تواند باشد.

اگر هیچ‌یک از محصولات حیوانی را از جمله شیر و پنیر مصرف نمی‌کنید، ممکن است رژیم غذایی شما شش ماده‌ی غذایی دیگر ــ ویتامین ب۱۲، کلسیم، ریبوفلاوین، آهن، روی، و ویتامین د ــ را در حد کافی تأمین نکند. موضوع را با دکتر خود در میان بگذارید، و می‌توانید در مورد رژیم غذایی خود با یک متخصص تغذیه مشورت کنید.

مبارزه با یبوست

پروژسترون، هورمونی که در طول بارداری آزادانه در بدن جریان دارد، می‌تواند سیستم گوارشی شما را کُند کند و در نتیجه باعث یبوست شود. آهن اضافی موجود در ویتامین‌های دوران بارداری این وضعیت را بدتر می‌کند. خانم‌هایی که به‌خاطر

مشکلات دوران بارداری استراحت مطلق دارند، به‌دلیل بی‌تحرکی، بیشتر در معرض ابتلا به یبوست قرار دارند. می‌توانید با نوشیدن مایعات به مقدار زیاد، خوردن فیبر کافی (در قالب میوه، سبزیجات، دانه‌ها، سبوس و سایر غلات سبوس‌دار)، و در صورت امکان، با انجام نرمش روزانه با یبوست مقابله کنید. به هرحال، به‌خاطر داشته باشید، برخی از خانم‌ها به‌خاطر مصرف زیاد غذاهای فیبردار، با ناراحتی‌های شکمی، نفخ یا گاز مواجه می‌شـــوند. شاید لازم باشد برای شناخت غذاهای فیبرداری که می‌توانید بهتر تحمل کنید، کمی آزمایش و خطا انجام بدهید. اگر یبوســـت آزارتان می‌دهد، شاید پزشکتان برای شما یک ملین تجویز کند.

کنار آمدن با دیابت

اگر بیمار دیابتی هســـتید یا در طول دوران بارداری به دیابت مبتلا شـــده‌اید، رژیم غذایی خود را به گونه‌ای تنظیم کنید که شامل مقادیر خاصی از پروتئین، چربی و کربوهیدرات باشد تا اطمینان دهد گلوکز (قند) خون شما را در سطح طبیعی نگه می‌دارد. در فصل ۱۶، بیشتر به دیابت می‌پردازیم.

ورزش به جای دو نفر

تناســـب اندام، دســـت از ســـر خانم‌های باردار هم برنمی‌دارد. خانم‌های باردار را در حال پیاده‌روی در پارک، بدنســـازی، یا کشـــیدن دست و پاهای خود در کلاس‌های یوگا می‌بینید. نرمش در دوران بارداری به شـــیوه‌های متعددی به بدن شما کمک می‌کند: قلب شما را قوی می‌کند و به عضلات‌تان شکل می‌دهد، و ناراحتی‌های شایع دوران بارداری را ــ از ویار صبحگاهی تا یبوست و درد پاها و کمر برطرف می‌کند. هرچه یک خانم در اوایل بارداری خود نرمش منظمی را شروع کند، احساس راحتی بیشتری در طول ۴۰ هفته می‌کند. همچنین، نرمش منظم حتی می‌تواند زمان درد زایمان را کوتاه‌تر کند.

بنابراین اگر در وضعیت ســـلامتی خوبی هستید و در معرض خطر عوارض پزشکی یا بیماری‌های زنان و زایمان نیستید، با تمام توان پیش رفته و به برنامه‌ی ورزشی خود ادامه دهید ــ مگر اینکه برنامه‌ی شـــما بخواهد از قله‌ی فوجی بالا بروید، وارد یک مسابقه‌ی بوکس حرفه‌ای بشوید یا فعالیت‌های توانفرسای دیگری انجام بدهید. بـــا دکتر خود در مورد برنامه‌ی ورزشـــی‌تان صحبت کنید تـــا بداند چه کاری انجام می‌دهید، و همین‌طور می‌توانید سؤالات دیگری را که دارید، از او بپرسید.

هشدار!

با وجود اینکه ورزش برای اکثر خانم‌های باردار خوب است، آن را برای هرکسی توصیه نمی‌کنیم. اگر مشمول هریک از شرایط زیر هستید (برای جزئیات بیشتر، به فصل ۱۵ و ۱۴ رجوع کنید)، بهتر است ـ حداقل تا زمانی که با دکتر خود مشورت نکرده‌اید ـ ورزش نکنید:

- ✓ خونریزی
- ✓ نارسایی دهانه‌ی رحم
- ✓ محدودیت رشد داخل رحمی
- ✓ حجم کم مایع آمنیوتیک
- ✓ جفت سرراهی (در اواخر بارداری)
- ✓ فشار خون بالای ناشی از بارداری
- ✓ درد زودرس زایمان یا پاره شدن کیسه‌ی آب
- ✓ سه قلو یا بیشتر

سازگاری با تغییرات بدن

حتی اگر در حد اعتدال ورزش می‌کنید، به‌خاطر داشته باشید بارداری باعث می‌شود بدنتان دستخوش تغییرات جسمانی واقعی قرار گیرد، که می‌تواند بر قدرت، توانایی، و عملکرد شما تأثیر بگذارد. فهرست زیر برخی از آن تغییرات را توضیح می‌دهد:

- ✓ **تغییرات قلبی ـ عروقی:** هنگامی که باردارید، مقدار خونی که قلب شما به سراسر بدن می‌فرستد، افزایش می‌یابد. این افزایش حجم خون معمولاً تأثیری بر ورزش شما ندارد. ولی اگر به پشت دراز بکشید، مخصوصاً در حدود ۱۶ هفتگی از بارداری، ممکن است احساس سرگیجه یا ضعف، یا حتی حالت تهوع بکنید که به عنوان سندرم کاهش فشار خون تاق‌باز شناخته شده است؛ این سرگیجه گاهی به‌خاطر فشار ناشی از رحم در حال رشد به سمت پایین، بر روی رگ‌های خونی اصلی که خون را به قلب می‌رساند اتفاق می‌افتد، که در نتیجه بازده قلب را کاهش می‌دهد. این اتفاق در صورتی که بارداری چندقلو داشته باشید و رحمتان سنگین‌تر باشد، حتی زودتر پیش می‌آید.

نکته

در صورت انجام هر نرمشی که لازم باشد به پشت دراز بکشید (و همچنین اگرعادت دارید به پشت بخوابید)، یک بالش کوچک یا یک تکه اسفنج لبه‌دار در زیر سمت راست کمر یا باسن سمت راست خود بگذارید. بالش کمی شما را به پهلو متمایل می‌کند و به‌طور مؤثری رحم را از روی رگ‌های خونی بلند می‌کند.

- **تغییرات تنفسی:** بدن شما برای حمایت از جنین در حال رشد، بیش از حد معمول اکسیژن استفاده می‌کند. در همین زمان، تنفس کار بیشتری نسبت به آنچه عادت داشت، انجام می‌دهد، زیرا رحم در حال رشد به سمت بالا، به دیافراگم فشـــار می‌آورد. برای بعضی از خانم‌ها، این مشکل انجام نرمش‌های ایروبیک را کمی دشوارتر می‌کند.
- **تغییرات ســاختاری:** همچنان که شکل بدن شما تغییر می‌کند ــ شکم و ســینه‌ها بزرگ‌تر می‌شودــ مرکز ثقل بدنتان نیز تغییر می‌کند، که می‌تواند بر تعادل شـــما تأثیر بگذارد. مخصوصاً هنگام رقص، دوچرخه‌سواری، اسکی، موج سواری، اسب‌سواری، یا هر کار دیگری (شاید بندبازی؟) که حفظ تعادل اهمیت دارد، متوجه آن می‌شـــوید. به‌علاوه، هورمون‌های بارداری باعث بروز کمی نرمی مفاصل می‌شـــود، که می‌تواند حفظ تعادل را نیز مشکل‌تر کند و خطر آسیب‌دیدگی را افزایش دهد.
- **تغییرات سوخت و ساز:** زنان باردار سریع‌تر از خانم‌های غیرباردار کربوهیدرات اســـتفاده می‌کنند، که به این معنی اســـت در معرض خطر بیشتری از بروز هیپوکلسیمی (قندخون پایین) قرار دارند. نرمش می‌تواند در کمک به پایین آوردن و کنترل میزان قند خون بســـیار مؤثر باشـــد، ولی نیـــاز بدن را برای کربوهیدرات‌ها نیز افزایش می‌دهد. بنابراین اگر ورزش می‌کنید، حتماً مطمئن باشید به مقدار کافی از غذاهای نشاسته‌دار می‌خورید.
- **تأثیرات بر روی رحم:** یک مطالعه بر روی زنان در شرف زایمان (در نهایت بارداری)، نشان داده انقباضات آن‌ها پس از انجام ورزش ایروبیک در حد اعتدال افزایش یافته است. مطالعه‌ی دیگری اشاره کرده که ورزش با خطر کمتری از درد زودرس زایمان در ارتباط است. ولی بیشتر مطالعات نشان داده است که در هرصورت، ورزش تأثیری ندارد، و در زنان باردار ســـالم موجب خطر بروز درد زودرس زایمان نمی‌شود.
- **تأثیر بر وزن هنگام تولد:** برخی از مطالعات نشـــان داده است خانم‌هایی کـــه به‌طـــور جدی (بـــا فشـــار زیـــاد) در دوران بـــارداری ورزش می‌کنند، نـــوزادان کم‌وزن‌تری دارند. همین تأثیر بـــرای زنانی به‌وجود می‌آید که در طول بارداری کارهای بدنی ســـنگین در وضعیت ایســـتاده انجام می‌دهند. ولی به‌نظر می‌رســـد این کاهش در وزن هنگام تولد، اساساً به‌خاطر کاهش چربی زیرپوستی نوزاد است. به عبارت دیگر، ورزش بیشتر تأثیری بر رشد طبیعی جنین ندارد.

ورزش بدون افراط

بـدنِ در حال تغییر شـما به تغییر در نحوه‌ی ورزش روزانه نیـاز پیدا می‌کند. اگر می‌بینید بارداری شـما را در انجام ورزش‌هایی که به آن عادت دارید دچار مشـکل می‌کند و ادامه‌ی آن را مشـکل‌تر، خود را سـرزنش نکنید. برنامه‌ی خود را با آنچه می‌توانید تحمل کنید، تطبیق بدهید.

بـه بدن خود گـوش دهید. اگر بلند کردن وزنه ناگهان موجب کمر دردتان شـود، وزن آن را سبک کنید. شاید متوجه شوید انجام ورزش‌هایی که به تحمل وزن نیاز ندارد، مانند شنا یا دوچرخه‌سواری آسان‌تر است. مهم نیست برنامه‌ی ورزشی خاص شـما چه باشد، فقط باید قوانین اصولی ورزش کردن را در دوران بارداری به‌خاطر داشته باشید.

- ✓ اگـر به یـک ورزش روزانه در حد اعتدال عادت داریـد، آن را ادامه دهید. اگر کمابیش کم‌تحرک بوده‌اید، ناگهان یک برنامه‌ی شدید را شروع نکنید: آهسـته و به‌تدریج پیـش بروید تا بدن خود را متحمل فشـار زیاد نکنید. به‌خاطر داشته باشید حفظ یک برنامه‌ی منظم از یک فعالیت متوسط، بهتر از پرداختن به ورزشی شدید و غیرمعمول است، که به احتمال زیاد بیشتر باعث آسیب‌دیدگی می‌شود.
- ✓ از گرم شدن زیاد بپرهیزید، به‌ویژه در طول شش هفته‌ی اول بارداری.
- ✓ از انجام نرمش‌هایی که باید به پشت بخوابید، به مدت طولانی خودداری کنید، زیرا ممکن است موجب کاهش جریان خون به قلبتان شود.
- ✓ سـعی کنید زیاد گرم یا بی‌آب نشـوید، و درصورتی که احسـاس خستگی، سرگیجه، ضعف یا حالت تهوع شدید داشتید، بی‌چون و چرا توقف کنید. در روزهای بسیار گرم یا مرطوب، بیرون از خانه ورزش نکنید.
- ✓ از انجام هرکاری که شما را در معرض خطر آسیب‌دیدگی به شکم قرار می‌دهد، مانند موتورسواری، خودداری کنید.
- ✓ از ورزش‌های پرشـی و پرفشار، که می‌تواند بر روی مفاصل بازشونده‌ی شما فشار بیاورد، خودداری کنید.
- ✓ در سراسـر این نه ماه، ورزش‌های سـبک یا متوسـط بهتـر از ورزش‌های پرفشار است.
- ✓ در جلسـات ورزشـی، یک بطری آب به همراه داشـته باشـید و مرتب از آن بنوشید.



✓ از یک رژیم غذایی متعادل اســتفاده کنیدکه به مقدار کافی کربوهیدرات‌ها را تأمیــن کند. (به «ارزیابی چیزهایــی که می‌خورید» که قبلاً در این فصل خواندید، رجوع کنید.)

✓ با پزشک خود در مورد حد نصاب ضربان قلب خود در هنگام ورزش صحبت کنید. (بسیاری از پزشکان ۱۴۰ بار در دقیقه را به‌عنوان بالاترین حد توصیه می‌کننــد.) پس ضربان قلب خود را به‌طور منظــم با حد نصاب ورزش خود اندازه‌گیری کنید تا مطمئن شوید در حد قابل اطمینان است.

✓ اگــر بــا هریک از علایم زیر مواجه شــدید، ورزش را متوقف کرده و به دکتر خود اطلاع دهید:

* تنگی نفس نامتناسب با ورزشی که در حال انجام آن هستید
* خونریزی مهبلی
* تپش قلب (که بیش از ۱۴۰ بار در دقیقه است)
* سرگیجه یا احساس ضعف
* هر نوع نشانه‌ای از درد

مقایسه‌ی انواع ورزش

الان وقت آن نیست به‌دنبال عنوان دختر شایسته باشید، ولی به آن معنی هم نیست که نتوانید ورزش کنید. از آنجایی که بدن شما به شما هشدار می‌دهد احتیاط‌های تازه‌ای را در نظر داشته باشید، روش ورزش خود را به دقت انتخاب کنید.

فعال کردن قلب: ورزش ایروبیک

ورزش‌هایی که به تحمل وزن نیاز دارد، مانند دویدن، پیاده‌روی، ایروبیک، و استفاده از دستگاه‌هایی مانند stair-climbing یا elliptical trainer [۱]، تا زمانی که بیش از حد آن‌ها را انجام ندهید، بسیار عالی است. در این ورزش‌ها لازم است تمام وزن خود را که در حال افزایش نیز اســت، تحمل کنید. از آنجایی که مفاصل شما در این زمان نرم می‌شود، خطر بیشتری برای آسیب زدن به خود ایجاد می‌کنید. به‌خاطر داشته باشید به‌جای شروع یک عادت ورزشی جدید که مستلزم وضعیت فعلی سلامتی شما نیز است، تنها آنچه را که می‌دانید می‌توانید، انجام بدهید، فارغ از اینکه باردارید.

---

۱. هردو وسایل ثابتی است که دو صفحه‌ی متحرک دارد، به‌طوری که با فشار یک پا بر یک صفحه، پای دیگر در جهت مخالف به حرکت درمی‌آید، مانند بالا رفتن از پله. م.

حفظ کنید

در صورتی که کلاس‌های ایروبیک را انتخاب کردید، به‌دنبال کلاس‌هایی باشید که به‌طور خاص برای زنان باردار طراحی شده است. در صورت عدم دسترسی به چنین کلاس‌هایی، با مربی خود صحبت کنید تا برای نرمش‌هایی که نامناسب است، تغییراتی انجام بدهد.

به‌خصوص بعداً در دوران بارداری، متوجه می‌شوید انجام نرمش‌های بدون نیاز به تحمل وزن، مانند دوچرخه‌سواری (مخصوصاً دوچرخه‌ی ثابت) یا شنا راحت‌تر است. از آنجا که وزن شما حمایت شده است، احتمال کمتری برای آسیب رسیدن به شما وجود دارد، و به مفاصلتان فشار وارد نمی‌شود. اگر این ورزش را تازه شروع کرده‌اید، ورزش سبک و کم‌فشار در استخر یا بر روی دوچرخه‌ی ثابت، ایده‌آل است.

هشدار

اسکی روی برف، یا روی آب و اسب‌سواری شما را در معرض خطر افتادن با تأثیر شدید قرار می‌دهد، که می‌تواند به شما یا بچه آسیب برساند. اگرچه چنین فعالیت‌هایی شاید در اوایل بارداری ضرری نداشته باشد، قبل از انجام آن‌ها در سه‌ماهه‌ی دوم یا سوم، با دکتر خود مشورت کنید. اسکی استقامت کم‌خطرتر است، مخصوصاً اگر در این زمینه باتجربه باشید.

نکته

انجام یوگای ایمن

یوگا می‌تواند روشی فوق‌العاده و آرامش‌بخش برای ورزش در دوران بارداری باشد، ولی فقط در صورتی که با احتیاط ورزش کنید. هنگامی که در دوران بارداری به یوگا می‌پردازید، از توصیه‌های زیر پیروی کنید:

اگر یوگا را تازه شروع کرده‌اید، برای آنکه خود را به‌تدریج به برنامه‌ی ورزشی جدید عادت دهید، از کلاس مبتدی شروع کنید.

در مورد وضعیت‌هایی که کشش زیادی به عضلات می‌دهد، مراقب باشید. به‌خاطر سطح بالای پروژسترون و ریلاکسین (هورمون‌هایی که در دوران بارداری به‌وجود می‌آید)، می‌توانید به‌راحتی عضلات و رباط‌های خود را بیش از حد بکشید.

هنگام خم شدن به جلو، سعی کنید از روی لگن خاصره خم شوید، نه از کمر. همچنین، سعی کنید سینه‌ی خود را بلند کنید تا از فشار زیاد بر روی شکم خودداری کنید.

پس از نیمه‌ی سه‌ماهه‌ی دوم، سعی کنید از انجام حالت‌هایی که به مدت طولانی نیاز به دراز کشیدن به پشت دارد، خودداری کنید، زیرا فشار ناشی از رحم باردار موجب کاهش برگشت خون، هم به قلب شما و هم به قلب جنین می‌شود.

به‌عنوان یک قانون کلی برای هر ورزشی، در صورت احساس هرگونه درد یا ناراحتی، آن را متوقف کرده و استراحت کنید.

تقویت عضلات

با وزنه‌برداری، یوگا، یا بدنسازی فایده‌ی زیادی به قلب خود نخواهید رساند، ولی می‌توانید کشش و انعطاف‌پذیری عضلات خود را، که در طول درد زایمان و وضع حمل مفید واقع می‌شود، بهبود ببخشید.

ممکن است دستگاه‌های وزنه‌برداری نسبت به استفاده از وزنه‌های آزاد ارجح باشد، زیرا می‌دانید وزنه را بر روی شکم خود نخواهید انداخت. از وزنه‌های آزاد فقط با احتیاط، ترجیحاً با کمک یک مربی یا یک دوست باتجربه استفاده کنید. یک مربی همچنین می‌تواند نحوه‌ی دم و بازدم صحیح را در طول بلند کردن وزنه به شما نشان بدهد. تنفس صحیح حائز اهمیت است، زیرا امکان شکست شما را کمتر می‌کند (نام دیگر آن والسالوا، یا افزایش فشار شکم است)، و می‌تواند به کاهش جریان خون، افزایش فشار خون شما و وارد آوردن فشار به قلبتان منجر شود.

از استفاده از وزنه‌های بسیار سنگین، که می‌تواند به مفاصل و رباط‌های شما آسیب برساند، خودداری کنید.

یوگا، که انتخابی فوق‌العاده برای خانم‌های باردار است، تنها روش عالی برای ورزش نیست، ولی می‌تواند در کسب تسلط بر تنفس و تکنیک‌های آرامش‌بخش مؤثر باشد. یوگا به‌طور خاص در تقویت عضلات کمر و شکم و افزایش توانایی و استقامت جسمانی ــ تمام چیزهایی که شما را بهتر از عهده‌ی سختی‌های دوران بارداری برمی‌آورد ــ مفید است.

باشگاه‌های یوگا در سراسر کشور دارای محبوبیت است، و بسیاری از آن‌ها کلاس‌های مخصوصی برای خانم‌های باردار ارائه می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد یوگا، به مبحث «انجام یوگای ایمن» رجوع کنید.

بیکرام یوگا نوع خاصی از یوگا است که در ایالات متحده به‌سرعت محبوبیت پیدا کرده است. این روش شامل انجام یوگا در یک اتاق با دمای ۴۰ درجه‌ی سانتی‌گراد و رطوبت نسبی ۷۰ تا ۶۰ درصد است. اگر چه برخی از دکترها معتقدند این نوع یوگا برای زنان باردار در سه‌ماهه‌ی اول بی‌خطر است، ما معتقدیم ماندن در دمای بالا در طول سه‌ماهه‌ی اول غیرعاقلانه است، و احتمال خطر بروز نقایص لوله‌ی عصبی وجود دارد. (برای اطلاعات بیشتر در مورد نقایص لوله‌ی عصبی، مانند اسپینا بیفیدا به فصل ۸ رجوع کنید.)

بخش ۲

بارداری:
شور و هیجانی در سه پرده

موج پنجم **اثر ریک تننت**



«این یک برنامه‌ی تلویزیونی از نمایش بالون‌ها در رژه‌ی روز شکرگزاری است که در فروشگاه‌های میسیز استفاده شده است. تصاویر سونوگرافی شما این طرف است.»

در این بخش...

اگر مانند اکثر خانم‌ها باشید، به احتمال زیاد در دوران بارداری کمی به تقویم توجه می‌کنید. بارداری ۴۰ هفته است. نه ماه است (کمی بیشتر). ولی شاید مؤثرترین روش برای فکرکردن به بارداری، همان‌طور که دکترها همیشه انجام داده‌اند، تقسیم آن باشد. پزشک‌ها به دلیل آنکه رشد بچه، همچنین تغییراتی که در بدن شما صورت می‌گیرد، در این سه مرحله‌ی نسبتاً متفاوت اتفاق می‌افتد، به این طریق عمل می‌کنند. در این بخش، شما را از آنچه احتمال وقوع آن می‌رود، نحوه‌ی رشد بچه، نحوه‌ی احتمالی احساس شما، و نحوه‌ی مراقبت پزشک از شما در هر دوره‌ی سه‌ماهه، مطلع می‌کنیم.

فصل ۵

سه‌ماهه‌ی اول

در این فصل

- آگاهی نسبت به نحوه‌ی رشد جنین از بارداری تا سه‌ماهه‌ی اول
- آماده‌سازی خود برای تغییرات جسمانی
- پیش‌بینی آزمایش‌ها و سؤالات در معاینات دوران بارداری
- تعیین زمان ضرورت انجام آزمایش‌های تشخیصی خاص
- تشخیص برخی از نشانه‌هایی که خبر از وجود مشکلی می‌دهد

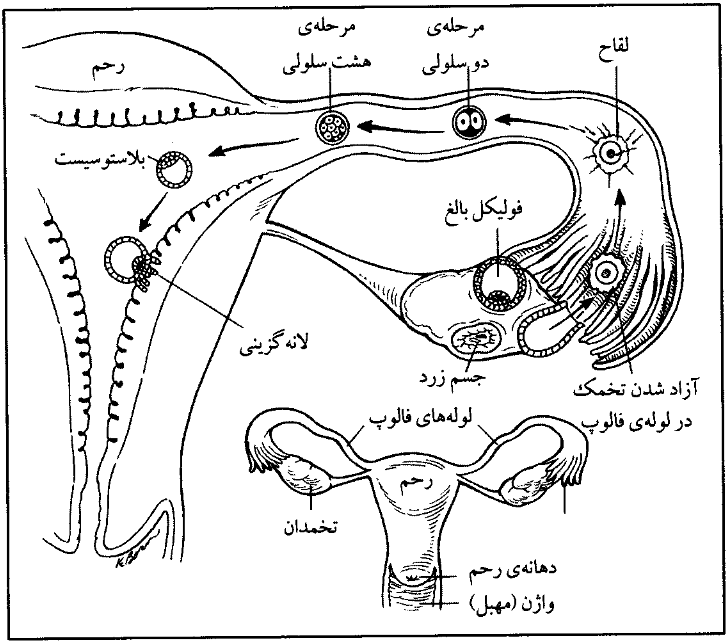
سه‌ماهه‌ی اول بارداری شما زمان مهیجی، پر از تغییرات متعدد برای شما و مخصوصاً جنین شماست، که ــ فقط در ظرف ۱۲ هفته‌ی کوتاه ــ از یک سلولِ تنها به موجود ظریفی تبدیل می‌شود که قلبی تپنده و کلیه‌هایی فعال دارد. با تمام تغییری که بر فرزند شما صورت می‌گیرد، مسلماً می‌توانید انتظار تغییرات زیادی را در بدن خود داشته باشید ــ از خستگی و حالت تهوع تا سینه‌های خوش‌تراش اخیر (اووووه!) ولی حســاس و ملتهب. به همین خاطر، باید بدانید چه چیزی عادی است و چه چیزی ارزش تلفن زدن به پزشــک را دارد؛ یعنــی فردی که در این مقطع معاینات منظم خود را با او شروع می‌کنید.

زندگی جدیدی شکل می‌گیرد

بارداری زمانی آغاز می‌شود که تخم و اسپرم با یکدیگر تماس پیدا کنند، و در لوله‌ی فالوپ اتفاق می‌افتد. در این مرحله، تخمک و اسپرم با همدیگر تشکیل چیزی را می‌دهند که به آن تخم یا زیگوت می‌گوییم. تخم به دفعات متعدد به چند سلول تقسیم می‌شود که به آن بلاستوسیست گفته می‌شود، که از لوله‌ی فالوپ به درون رحم (که به آن زهدان نیز گفته می‌شود) سرازیر می‌شود. (در شکل ۱-۵ نشان داده شده است.) هنگامی که به رحم می‌رسد، هم شما و هم جنینتان با تغییراتی مهم مواجه می‌شوید.

در روز پنجم یا همین حدود از رشد، بلاستوسیست طی فرایندی به نام لانه‌گزینی، به دیواره‌ی پرخون رحم می‌چسبد. بخشی از بلاستوسیست رشد می‌کند تا به رویان

(جنین در هشت هفته‌ی اول رشد) تبدیل شود، و بخش دیگر آن به جفت (عضوی که درون رحم به‌وجود می‌آید تا اکسیژن و غذای جنین را تأمین کند و مواد زاید را دفع کند) تبدیل می‌شود.



شکل ۱-۵:

دستگاه تولیدمثل زنانه در حین کار.

فرزند شما در کیسه‌ی آمنیوتیک در رحم رشد می‌کند. کیسه‌ی آمنیوتیک مملو از مایع شفافی است، که به آن مایع آمنیوتیک گفته می‌شود. این کیسه‌ی بادکنکی، در واقع از دو لایه‌ی نازک غشایی تشکیل می‌شود که کوریون[۱] و آمنیون[۲] نام دارند (که با یکدیگر به غشاهای جنینی معروفند). هنگامی که مردم از «پاره شدن» کیسه‌ی آب صحبت می‌کنند، منظور پارگی همان غشاهایی است که دیواره‌ی داخلی رحم را می‌پوشـــاند. جنین در این مایع « شناور » است و توسط بندناف به جفت متصل است. شکل ۲-۵ تصویری از اوایل یک بارداری را نشان می‌دهد، که شامل جنین در حال رشد و دهانه‌ی رحم است، که مدخل رحم است. دهانه‌ی رحم، هنگام زایمان باز، یا متسع می‌شود.

به محض آنکه رویان در رحم لانه‌گزینی می‌کند، جفت شروع به شکل‌گیری می‌کند.

۱. کوریون: پرده‌ی بیرونی کیسه‌ی جنینی است.م.
۲. آمنیون: مشیمیه‌ی جنین ـ درونی‌ترین غشایی که جنین را در برمی‌گیرد. م.

عروق خونی مادری و جنینی در داخل جفت بسیار به یکدیگر نزدیک است، که موجب می‌شود مواد گوناگون (مانند غذا، اکسیژن، و مواد زاید) به پس و پیش انتقال یابد. خون مادر و خون جنین در تماس نزدیک با یکدیگرند، ولی در واقع با یکدیگر مخلوط نمی‌شوند.

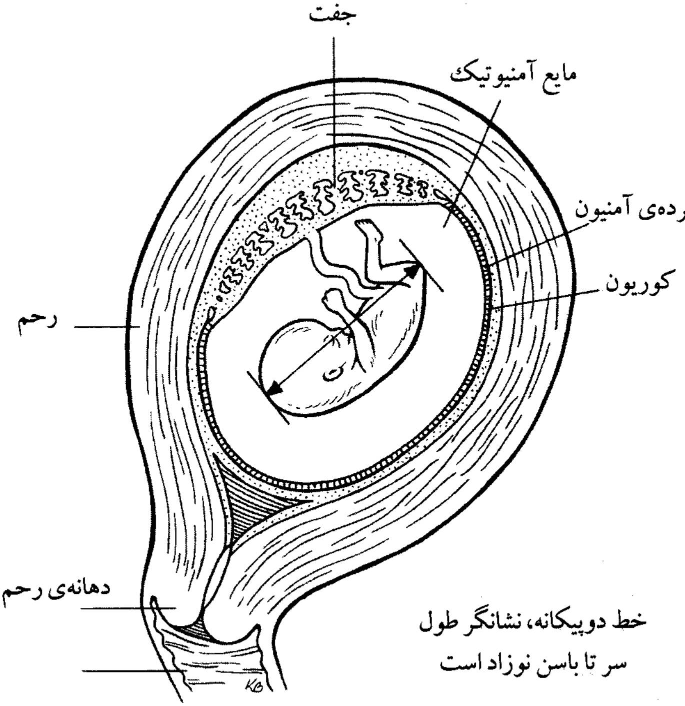
جفت مانند یک درخت رشد می‌کند، شاخه‌هایی شکل می‌گیرد که به نوبت به شاخه‌های کوچک‌تر و کوچک‌تری تقسیم می‌شود. به ریزترین جوانه‌های جفت، پرزهای کوریونی گفته می‌شود، و در درون این پرزها است که عروق جنین شکل می‌گیرد. در حدود سه هفته پس از لقاح، این عروق خونی به هم می‌پیوندند تا سیستم گردش خون جنین را تشکیل بدهند، و قلب شروع به تپیدن می‌کند.

پس از گذشت هشت هفته از بارداری، رویان در حال رشد، جنین نام می‌گیرد. شگفت آنکه، در این زمان تقریباً تمام اندام‌ها و ساختارهای جنین پیش از این تشکیل شده است. ۳۲ هفته‌ی باقیمانده، به ساختارهای جنین امکان رشد و تکامل می‌دهد. از طرفی دیگر، مغز، گرچه از همان ابتدا تشکیل شده است، به رشد خود در تمام دوران بارداری ادامه می‌دهد (و حتی در دوران خردسالی).

هنگامی که به هفته‌ها اشاره می‌کنیم، منظور ما هفته‌های دوره‌ی ماهانگی است، که به معنای هفته‌ها از آخرین عادت ماهانه است، نه هفته‌ها از شروع بارداری. بنابراین در هشت هفتگی، در حقیقت جنین شش هفته از بارداری سن دارد.

در پایان هفته‌ی هشتم، دست‌ها، پاها، انگشتان دست‌ها، و انگشتان پاها شروع به شکل‌گیری می‌کند. در حقیقت، رویان حرکات خفیف، و خودبه‌خودی را انجام می‌دهد. در صورتی که در سه‌ماهه‌ی اول بارداری سونوگرافی انجام بدهید، می‌توانید این حرکات خود به‌خودی را در تصویر ببینید. مغز به‌سرعت بزرگ می‌شود، گوش‌ها و چشم‌ها ظاهر می‌شود. همچنین اندام‌های تناسلی خارجی آشکار می‌شود و در پایان هفته‌ی دوازدهم، دختر یا پسر بودن آن می‌تواند متمایز شود، گرچه هنوز در این زمان، تعیین جنسیت از طریق سونوگرافی قابل تشخیص نیست.

در پایان هفته‌ی دوازدهم، طول جنین در حدود ۱۰ سانتیمتر و وزن آن در حدود ۶۰۰ گرم است. سر جنین به نظر بزرگ و گرد می‌رسد، و پلک‌های چشم‌ها کاملاً بسته است. روده‌ها، که در هفته‌ی دهم تقریباً به درون بند ناف بیرون زده است، در این زمان کاملاً داخل شکم قرار دارد. ناخن‌های انگشتان پدیدار می‌شود، و موها بر روی سر جنین شروع به رشد می‌کند. کلیه‌ها در طول ماه سوم شروع به کار می‌کند. جنین بین هفته‌ی نهم تا دوازدهم تولید ادرار را آغاز می‌کند، که می‌توانید در سونوگرافی در مثانه‌ی کوچک جنین آن را ببینید.



شکل ۲-۵:

اوایل بارداری

سازگاری در دوران بارداری:

تغییرات بدن در سه‌ماهه‌ی اول

فرزند شما تنها کسی نیست که در دوران بارداری رشد و تغییر می‌کند (لازم نیست این را به شما یادآوری کنیم!). بدن خود شما هم باید تطبیق یابد، و تطابق‌های بدن، همیشه برای شما خوشایندترین و راحت‌ترین وضعیت نیست. آمادگی برای آنچه در پیش رو دارید، می‌تواند در آرامش خیال شما کمک کند. بنابراین در بخش‌های بعدی، شما را از آنچه در طول سه‌ماهه‌ی اول پیش رو دارید، آگاه می‌کنیم.

تغییرات سینه‌ها

یکی از ابتدایی‌ترین و تعجب‌آورترین تغییراتی که در بدن شما اتفاق می‌افتد، بر روی سینه‌های شماست. اکثر خانم‌ها حتی در ماه اول بارداری، متوجه می‌شوند سینه‌هایشان در حد قابل ملاحظه‌ای بزرگ‌تر شده و احساس می‌کنند بسیار ملتهب است. نوک سینه‌ها و هاله‌ی آن (آرئول، زمینه‌ی گرد اطراف نوک سینه‌ها) نیز بزرگ‌تر و شاید

نکته

توصیه‌هایی برای متوقف کردن حالت تهوع

متأسفانه، نمی‌توانیم به شما بگوییم چگونه می‌توانید حالت تهوع خود را به‌طور کامل از بین ببرید. ولی می‌توانید کارهایی انجام دهید که آن را بهتر کند. در اینجا توصیه‌هایی ارائه شده است:

- ✓ کم‌کم و بـه دفعات مکرر غـذا بخورید تا معده‌ی شما خالی نماند.
- ✓ زیاد در مـورد رعایت یـک رژیم غذایی متعادل نگران نباشـید، فقـط هرچیزی که در این مدت زمان نسبتاً کوتاه تمایل پیدا می‌کنید، بخورید.
- ✓ از مغازه‌های عطر فروشی، آشپزخانه‌های فعال، تاکسی‌های بدبو، حیاط طویله‌ها، یا هر جای دیگری که ممکن اسـت بوهای تند وجود داشته باشد، پرهیز کنید.
- ✓ اگر ویتامین‌های دوران بارداری شما این حال را بدتر می‌کند، سـعی کنید آن‌ها را شـب، درسـت قبل از خواب مصـرف کنید. اگر هنوز فکر می‌کنید باعث اذیت شما می‌شود، می‌توانید چند روزی آن‌ها را کنار بگذارید.
- ✓ کنـار تخت خـود تعدادی بیـسکویت ترد بگذارید ـ بعضی از خانم‌ها متوجه شـده‌اند خـوردن آن‌ها قبل از بلند شـدن از تخت به هنگام صبح، در کاهـش حالت تهوع آنان کمک می‌کند.
- ✓ زنجبیل (مثلاً، به شکل چای یا قرص)، شاید به بعضی از خانم‌ها کمک کند.
- ✓ شـاید هنگام مسـواک زدن متوجه بشـوید حالت تهوع تشدید می‌شود. شاید تغییر نوع خمیردندان بتواند به شما کمک کند.
- ✓ سعی کنید نان تست‌شده‌ی خشک، چیزهای شور، بیسکویت‌های سبوس گندم، سیب‌زمینی، و سایر خوراکی‌های بی‌بو، و کربوهیدرات‌هایی که هضمشان آسان باشد، بخورید.
- ✓ اگر از جمع شـدن بزاق در دهانتان ناراحت می‌شـوید، مکیـدن آب‌نبات‌هـای لیمویی می‌تواند مؤثر باشد.
- ✓ مچ بندهای رگ فشاری، که در داروخانه‌ها و فروشگاه‌های غذاهای بهداشتی فروخته می‌شود، به بعضی از خانم‌ها تسکین می‌دهد.
- ✓ نرمش‌های آرامش‌بخـش و حتی هیپنوتیزم برای بعضی از خانم‌ها کارآیی دارد.

تیره‌تر شـود. تغییرات سینه‌ها به‌دلیل مقدار زیاد استروژن و پروژسترونی است که بدنتان در طول دوران بارداری تولید می‌کند. این هورمون‌ها باعث می‌شود غدد درون سـینه‌ها، برای آمادگی در تولید شیر و شیردادن پس از تولد بچه، رشد و گسترش یابد. مقدار خون نیز به‌وضوح در سینه‌ها افزایش می‌یابد. ممکن است متوجه عروق آبی‌رنگ بزرگی در امتداد سینه‌های خود شوید.

نکته

هنگام بارداری آماده باشـید اندازه‌ی سوتین شما چند بار تغییر کند ـ و در خرید سـوتین‌های جدید خسـت به خرج ندهید. نگه‌داری مناسب، بعدها از شل شدن و

آویزان شـــدن آن‌ها می‌کاهد. اگرچه بعضی از خانم‌ها بزرگ شـــدن سینه‌هایشان را دوست دارند، دیگران بیشتر احساس خجالت می‌کنند. هرجور احساسی که دارید، به شما تضمین می‌دهیم سایر زنان باردار نیز احساسی مشابه دارند، بنابراین خودتان را ناراحت نکنید.

خستگی

در طول سه‌ماهه‌ی اول بارداری، به احتمال زیاد احساس خستگی مفرط می‌کنید. این خســـتگی ممکن اســـت عارضه‌ای جانبی از تمام تغییرات جسمانی‌ای باشد که بدن شما با آن مواجه می‌شود؛ از جمله افزایش چشمگیر سطح هورمون‌ها. مطمئن باشید خستگی شـــما احتمالاً حول و حوش هفته‌ی دوازدهم تا چهاردهم بارداری، از بین می‌رود. با کاهش احســـاس خستگی، احتمالاً احساس انرژی بیشتر و تقریباً عادی خواهید داشت، تا اینکه در حدود هفته‌های ۳۰ تا ۳۴ بارداری مجدداً احساس خستگی می‌کنید. در این میان، به‌خاطر داشته باشید خستگی شیوه‌ای طبیعی برای بیان این نکته است که بیشتر استراحت کنید. اگر می‌توانید، سعی کنید در طول روز چرت کوتاهی بزنید و شب‌ها نیز زودتر از معمول بخوابید.

حالت تهوع در همه‌ی اوقات روز

برای برخی از خانم‌ها، حالت تهوع که می‌تواند در سه‌ماهه‌ی اول بارداری هجوم بیاورد، صبح‌ها شدیدتر است؛ شاید به‌خاطر اینکه در آن موقع از روز، معده خالی است. ولی اگر از هرکسی که صبح‌ها حالت تهوع داشته بپرسید، به شما خواهد گفت: هر وقت بخواهد سر می‌رسد. این حالت اغلب طی هفته‌ی پنجم یا ششم شروع می‌شود (که، سه یا چهار هفته بعد از عقب انداختن قاعدگی است ــ ما در فصل ۲ به شما توضیح می‌دهیم دکترها چگونه زمان بارداری را تخمین می‌زنند) و در پایان هفته‌ی یازدهم یـــا دوازدهم از بین می‌رود، یا حداقل خفیف‌تر می‌شـــود. البته می‌تواند باقی بماند، به‌خصوص در زنانی که دوقلو یا بیشتر باردارند، زیرا جفت‌های متعدد، گونادوتروپین کوریونی بیشتری آزاد می‌کنند (hCG)، هورمونی که توسط جفت آزاد می‌شود.



علت حالت تهوع صبحگاهی دقیقاً مشخص نیست، ولی وجود آن به افزایش hCG مربوط می‌شود.

شـــاید شنیده باشید برخی از خانم‌ها می‌گویند حالت تهوع صبحگاهی، نشانه‌ای از گذراندن یک بارداری «طبیعی» است، ولی این گفته یک خرافه است ــ و همین‌طور برعکـــس آن. اگر ویـــار صبحگاهی ندارید، یا ناگهان از بین برود، نگران نشـــوید که

بارداری شما غیرعادی است، فقط از اقبال خوب خود شاد باشید. همچنین، شاید بشنوید شدت حالت تهوع شما به دختر یا پسر بودن بچه دلالت می‌کند. ولی این هم خرافه است، بنابراین به همین زودی دنبال خرید لباس و لوازم آبی یا صورتی نروید (و در مورد تشخیص جنسیتِ مایه‌ی شادمانی خود و خرافات مربوط به آن، به فصل ۱۹ نگاهی بیندازید).

اگر با حالت تهوع مواجه‌اید، با شما همدردی می‌کنیم. حتی هنگامی که حالت تهوع منجر به استفراغ نشود، می‌تواند به‌شدت ناراحت‌کننده باشد و واقعاً شما را از پا بیندازد. بوهای خاص ــ غذاها، عطرها، یا مکان‌هایی که بوی نا گرفته باشد ــ می‌تواند این حالت را بدتر کند. به قسمتی در همین فصل نگاه کنید که «توصیه‌هایی برای متوقف کردن حالت تهوع» نامیده شده است.



اگر واقعاً از حالت تهوع عذاب می‌کشید، با دکتر خود در مورد داروهای بدون نسخه یا تجویزی صحبت کنید. برخی شواهد حاکی از آن است که مصرف ۲۵ میلی‌گرم ویتامین ب ۶، سه نوبت در روز می‌تواند حالت تهوع را کاهش دهد. ترکیبی از ویتامین ب ۶ و آنتی‌هیستامین دکسی‌لامین (یونیسوم ــ یک قرص در شب) نیز می‌تواند مؤثر باشد. این ترکیب مشابه داروی بندیکتین است، که به‌خاطر ادعاهای کاملاً واهی در افزایش نقایص مادرزادی، از بازار جمع‌آوری شد. اگرچه بندیکتین دیگر در دسترس نیست، دانشمندان معتقد نیستند این دارو تراتوژنیک (باعث نقایص مادرزادی) باشد. با دکتر خود در مورد مصرف ویتامین ب ۶، به همراه یا بدون دکسی‌لامین صحبت کنید. به‌خاطر داشته باشید دکسی‌لامین به‌عنوان یک داروی خواب‌آور فروخته می‌شود، و به احتمال زیاد شما را بسیار خواب‌آلود خواهد کرد.

برای حالت تهوع شدید همراه با استفراغ یا بدون آن، با دکتر خود در مورد سایر داروهایی که می‌تواند مؤثر باشد، صحبت کنید. برخی از خانم‌ها با داروی متوکلوپرامید (رگلان) تسکین می‌یابند. دکتر شما در واقع می‌تواند این دارو را با تزریق مداوم در زیر پوست وارد کند، که به‌عنوان تلمبه‌ی زیرپوستی شناخته شده است. مزیت این روش آن است که برای آن دسته از خانم‌هایی که به‌خاطر حالت تهوع حتی نمی‌توانند یک قرص را هم فرو بدهند، آن‌ها را مجبور نمی‌کند. داروی دیگر مورد استفاده‌ی پزشکان، زمانی که هیچ چیزی کمک نمی‌کند، اندانسترون، یا زوفران نام دارد. اگرچه در مورد مصرف اندانسترون مطالعات جامعی در بارداری صورت نگرفته است، هیچ گزارشی مبنی بر افزایش نقایص مادرزادی در ارتباط با مصرف این دارو در اختیار نداریم.

گاهی اوقات، حالت تهوع و استفراغ به‌حدی شدید است که شرایطی تحت عنوان استفراغ بدخیم بارداری برای شما به‌وجود می‌آید. علایم آن شامل کم‌آبی بدن و

کاهش وزن است. در صورتی که به استفراغ بدخیم بارداری دچار بشوید، شاید لازم شود مایعات و داروها را از طریق داخل وریدی به شما برسانند.



اگر حالت تهوع شما از کنترل خارج شود، در صورتی که با کاهش وزن مواجه شدید، و اگرمتوجه شدید غذا یا مایعات را نمی‌توانید پایین بدهید، یا اگر احساس سرگیجه یا ضعف می‌کنید، با دکتر خود تماس بگیرید.



اگر کمتر از شش هفته باردارید، می‌توانید تنها از فولیک اسید به‌جای ویتامین‌های دوران بارداری مصرف کنید. فولیک اسید مکملی اصلی است که از اوایل بارداری بدان نیاز دارید، و به احتمال زیاد، بسیار کمتر از مولتی ویتامینی که به‌طور عادی در دوران بارداری مصرف می‌کنید، معده‌ی شما را ناراحت می‌کند.

علاوه بر این، مشکل را با افزودن نگرانی در مورد آن پیچیده‌تر نکنید. حالت تهوع برای شما و بچه مضر است. افزایش وزن مناسب برای شما در سه‌ماهه‌ی اول فقط یک کیلوگرم است. حتی کم کردن وزن احتمالاً مشکل بزرگی نیست.

نفخ کردن

قبل از آنکه بچه آن‌قدر بزرگ بشود که شکمتان برآمده شود، کمربندتان ممکن است احساس ناراحتی به شما بدهد و به‌نظر برسد شکمتان نفخ کرده و متورم شده است. به محض آنکه باردار می‌شوید، عوارض جانبی تغییر هورمون شروع می‌شود. پروژسترون، یکی از دو هورمون مهم بارداری، باعث می‌شود آب را در خود نگه دارید. به‌علاوه، حرکات روده‌ها را کند می‌کند، که باعث بزرگ شدن و بنابراین افزایش اندازه‌ی شکم می‌شود. استروژن، دیگر هورمون مهم بارداری، باعث بزرگ شدن رحم شما می‌شود، و باعث می‌شود احساس کنید شکمتان بزرگ‌تر شده است. این عارضه اغلب در بارداری‌های دوم و سوم مشهودتر است، زیرا بارداری اول باعث می‌شود عضلات شکم شما در حد بیشتری شل شود.

تکرر ادرار

از اوایل بارداری ممکن است احساس کنید انگار تمام زندگی‌تان را در دستشویی می‌گذرانید. در بارداری، به‌دلایل گوناگونی به دفعات مکرر، به دفع ادرار نیاز پیدا می‌کنید. در ابتدای بارداری، رحم داخل لگن خاصره قرار دارد. ولی در پایان سه‌ماهه‌ی اول بارداری (در حدود ۱۲ هفتگی)، رحم آن‌قدر بزرگ می‌شود که در داخل حفره‌ی شکمی قرار می‌گیرد. رحم در حال رشد شما می‌تواند به مثانه فشار بیاورد، که هم ظرفیت آن را کاهش می‌دهد و هم احساس نیاز به دفع ادرار را افزایش می‌دهد.

همچنین حجم خون شما در دوران بارداری، به‌طرز چشمگیری اضافه می‌شود، و به معنای این است که میزان ادراری که کلیه‌ها تولید می‌کند نیز افزایش می‌یابد.

نکته

کار زیادی برای تکرر ادرار از دســت‌تان برنمی‌آید، جز اینکه از عقل سلیم استفاده کنید. قبل از بیرون رفتن برای مدت طولانی (یا حتی کوتاه)، مثانه‌ی خود را خالی کنید تا مجبور نشــوید در جایی‌که امکانات در دسترس نیست، به‌دنبال دستشویی باشــید. برای جلوگیری از کم‌آبی در دوران بارداری، به مقدار زیاد مایعات بنوشید، ولی سعی کنید بیشتر در روز باشد و از غروب کمتر شود، تا مجبور نشوید تمام شب از جا بلند شوید و به دستشویی بروید. قهوه و چای حاوی کافئین است (یک مُدر، که جریان ادرار را افزایش می‌دهد) و ممکن است وضعیت را وخیم‌تر کند، بنابراین سعی کنید مقدار کافئین مصرفی خود را کاهش دهید. (برای اطلاع بیشتر از کافئین، به فصل ۴ رجوع کنید.)

دکتر را خبر کنید!

اگر متوجه شدید بیش از حد متوسط بارداری خود ادرار می‌کنید یا احساس ناراحتی یا سوزش دارید، یا متوجه وجود خون در ادرار خود شدید، با پزشک خود در میان بگذارید. در هنگام بارداری، احتمال وجود باکتری‌های بیشــتر از حد معمول وجود دارد که باعث عفونت مجاری ادرار می‌شود (به فصل۱۶ رجوع کنید).

سر درد

بسیاری از خانم‌های باردار متوجه می‌شوند بیشتر از قبل دچار سردرد می‌شوند. این ســردردها ممکن است ناشی از حالت تهوع، خستگی، گرسنگی، کاهش فشار خون طبیعی بدن که در این زمان اتفاق می‌افتد، تنش، یا حتی افسردگی باشد. استامینوفن به میزان توصیه‌شده، برای تسکین سردردهای گاه به گاه کاملاً مناسب است. برخی از خانم‌ها متوجه می‌شوند مصرف کمی کافئین نیز می‌تواند علایم سردرد را کاهش دهد. در حقیقت، برخی از خانم‌ها سردردهای گاه به گاه خود را با ترکیب استامینوفن و کافئین (آسپرین بدون اکسدرین) تسکین می‌دهند. اگرچه مصرف هر از گاهی این ترکیب اشکالی ندارد، اما آن را به‌طور منظم استفاده نکنید.

نکته

معمولاً خوردن غذا و استراحت می‌تواند سردردهای ناشی از حالت تهوع، خستگی، یا گرسنگی را برطرف کند. بنابراین سعی کنید چیزی بخورید و کمی بیشتر بخوابید. در صورتی که هیچ‌یک از این راهکارها مؤثر واقع نشــد، احتمالاً مســئله‌ی دیگری موجب سردرد شما می‌شود.

مســکن‌های ساده مانند اســتامینوفن یا ایبوپروفن (بروفن یا ادویل) اغلب بهترین درمان برای ســردرد، از جمله میگرن اســت. اگر ســردرد شــما با داروهای بدون

نســخه برطرف نشــد، با دکتر خود در مورد مصرف یک داروی آرام‌بخش ضعیف یا ضد میگرن صحبت کنید.

تصمیم خود را بر مبنای شدت مشکل خود در استفاده یا عدم استفاده از داروهای میگرن بگیرید. اگر ســردردهای شما مزمن یا مکرر است، شاید لازم باشد، با وجود تأثیراتــی بر روی جنین، داروها را مصرف کنید. مثل همیشــه، قبل از مصرف این داروها، با پزشک خود مشورت کنید.



از مصرف مقدار عادی آســپرین خودداری کنید، مگر آنکه توســط پزشکتان تجویز شــده باشد، زیرا مقدار آسپرین بزرگسالان می‌تواند بر عملکرد پلاکت خون (که در انعقاد خون حائز اهمیت است) تأثیر بگذارد.



در صورتی که سردردهای شما شدید و مداوم باشد، شاید به یک بررسی کامل پزشکی یا مراجعه به متخصص مغز و اعصاب نیاز داشته باشید. در ماه‌های بعدی بارداری، سردرد می‌تواند نشانه‌ای از شروع شرایطی باشد که به آن مسمومیت بارداری (موضوعی که در فصل ۱۵ به آن می‌پردازیم) گفته می‌شود؛ ممکن است سردرد شما به همراه ورم دست‌ها و پاهایتان و فشار خون بالا باشد. در صورتی که در اواخر سه‌ماهه‌ی دوم یا سوم از سردرد شدید رنج می‌برید، با پزشک خود تماس بگیرید.

یبوست



در حدود نیمی از خانم‌های باردار، از یبوســت شکایت می‌کنند. هنگامی که باردار می‌شوید، ممکن است میزان بالای پروژسترونی که در جریان خون شما در گردش اســت، فعالیت جهاز هاضمه‌ی شما را کُند کند و دچار یبوست شوید. آهن موجود در ویتامین‌های دوران بارداری نیز می‌تواند این وضعیت را تشــدید کند. برای حل مشکل توصیه‌های زیر را امتحان کنید:

- ✓ **از غذاهای فیبردار به مقدار زیاد مصرف کنید.** ســبوس غلات، میوه، و سبزیجات همه منابع فیبردار غنی هستند. برخی خانم‌ها خوردن ذرت بوداده را مؤثر می‌دانند، ولی نوع کم‌چرب، بدون کره یا روغن‌دار آن را انتخاب کنید. میزان فیبر را از روی برچسب‌های روی بسته‌ها کنترل کنید و غذاهایی انتخاب کنید که میزان فیبر آن‌ها بیشتر باشد.
- ✓ **به مقدار زیاد آب بنوشــید.** پرآب نگه داشتن بدن به حرکت غذاها و مواد زاید به‌سوی جهاز هاضمه کمک می‌کند. بعضی از آب میوه‌ها (مخصوصاً آب آلو) می‌تواند مؤثر باشد، در حالی که برخی دیگر (مانند آب سیب) تنها مشکل را شدیدتر می‌کند.

- ✓ **از ملین استفاده کنید.** ملینی مثل کولیس (دوکوسات سدیم)، یک مسهل نیست و فقط باعث نرم شدن مدفوع می‌شود. مصرف ملین‌ها در دوران بارداری بی‌خطر است، و می‌توانید دو تا سه بار در روز از آن‌ها مصرف کنید. از خوردن مسهل بپرهیزید، زیرا می‌تواند موجب گرفتگی شکم، و گاهی انقباضات رحمی شود. هرکسی، چه باردار باشد چه نباشد، باید از مصرف مستمر مسهل خودداری کند. با این همه، اگر به یبوست شدید مبتلایید، و در معرض خطر درد زودرس زایمان نیستید، می‌توانید با پزشک خود در مورد مصرف یک دوره‌ی کوتاه‌مدت از یک مسهل بسیار ضعیف، مثل شیاف گلیسرین یا شیر منیزی مشورت کنید.
- ✓ **تا جایی که می‌توانید به‌طور منظم ورزش کنید.** ورزش به رفع یبوست کمک می‌کند، بنابراین از انجام برخی ورزش‌های بی‌خطر لذت ببرید (حتی اگر فقط پیاده‌روی باشد).

گرفتگی عضلات

شاید در طول سه‌ماهه‌ی اول بارداری، احساس گرفتگی عضلانی خفیفی مانند دوران قاعدگی پیدا کنید، که نشانه‌ی بسیار متداولی است، بنابراین نگران نشوید. این گرفتگی احتمالاً مربوط به رشد و بزرگ شدن رحم است.



در هر صورت، اگر این گرفتگی با خونریزی مهبلی همراه باشد، به پزشک خود تلفن کنید. اگرچه اکثر خانم‌هایی که با گرفتگی عضلانی و خونریزی مواجه می‌شوند کاملاً به‌صورت عادی به بارداری خود ادامه می‌دهند، گاهی این دو نشانه با هم، به سقط جنین مربوط می‌شود. به احتمال زیاد، گرفتگی عضلانی به تنهایی بدون خونریزی، مشکلی نخواهد بود.

انجام اولین معاینه‌ی دوران بارداری

پس از انجام تست بارداری در منزل و خبر آن، وقت ملاقاتی با یک پزشک بگیرید. مراجعه به پزشک خود را به‌عنوان بخش ثابتی از دوران بارداری خود، نه تنها برای کسب اطمینان از سلامتی خود، بلکه برای اطمینان از سلامت کودک خود نیز انجام دهید. اولین معاینه‌ی دوران بارداری شما شاید اولین مراجعه به پزشکی باشد که شما را در طول دوران بارداری راهنمایی خواهدکرد. (اگر هنوز پزشک خود را انتخاب نکرده‌اید، برای کسب اطلاع بیشتر در انواع مراقبت‌های موجود و توصیه‌هایی برای انتخاب مراقب

بهداشتی خود، به فصل ۲ رجوع کنید.) یا شاید ارتباط طولانی‌مدتی با یک متخصص زنان، زایمان یا یک پزشک خانواده داشته باشید، که پیش از این در مورد بسیاری از موضوعاتی که در اولین جلسه‌ی معاینه صورت می‌گیرد، صحبت کرده باشید.

نکته

در صورت امکان، برای اولین جلسه پدر آینده را نیز همراه خود ببرید. سابقه‌ی پزشکی و نژادی او نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. همچنین، باید برای او فرصتی برای پرسش سؤال‌ها، و ابراز نگرانی‌هایش وجود داشته باشد، و بداند در ماه‌های آینده باید مشتاقانه منتظر چه چیزی باشد.

اولین معاینه‌ی دوران بارداری معمولاً ۳۰ تا ۴۰ دقیقه و شاید بیشتر طول می‌کشد، زیرا دکتر شما باید اطلاعات متعددی را فراهم کند و در مورد موضوعات زیادی صحبت کند. معاینات بعدی معمولاً بسیار کوتاه‌تر است، گاهی ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. تکرار معاینات، به نیازهای خاص شما و عوامل خطرزایی بستگی دارد که ممکن است داشته باشید؛ ولی به‌طور کلی در سه‌ماهه‌ی اول بارداری، هر چهار هفته یک‌بار باید معاینه شوید. در این جلسات معاینه، پرستار یا پزشک ادرار، فشار خون، وزن، و ضربان قلب جنین را کنترل می‌کند.

درک اهمیت مشاوره

در طول اولین ملاقات، پزشک در مورد سوابق پزشکی و سوابق بیماری‌های زنان یا زایمان شما صحبت می‌کند. از شما در مورد جنبه‌های گوناگون سلامت جسمانی، همچنین اصول طرز زندگی شما می‌پرسد که می‌تواند بر بارداری تأثیرگذار باشد.

طرز زندگی

پزشک در مورد شغل شما سؤال می‌کند تا بداند شغلتان کم‌تحرک است یا پرتحرک، اینکه تمام روز سر پا می‌ایستید یا اجسام سنگین بلند می‌کنید، یا اینکه شبکارید یا اضافه‌کاری می‌کنید. او در مورد طرز زندگی کلی شما نیز سؤالاتی می‌پرسد ـ مثلاً سیگار کشیدن، مصرف شدید مشروبات الکلی، محدودیت‌های غذایی، و الگوهای ورزشی.

تاریخ آخرین قاعدگی شما

پزشک برای تعیین تاریخ زایمان، در مورد تاریخ شروع آخرین قاعدگی شما سؤال می‌کند. (برای کسب اطلاع بیشتر برای تخمین تاریخ زایمان، به فصل ۲ رجوع کنید.)

بررسی فیبروز کیستی

فیبروز کیستی (CF)[1] یکی از شایع‌ترین بیماری‌های ژنتیکی در ایالات متحده، با درصد وقوع یک در ۳۵۰۰ نفر است. فیبروز کیستی همچنین یک بیماری نهفته است، مانند تای ـ سش[2] (به بخش ریشه‌های قومی‌نژادی رجوع کنید). بیش از ۱۰۰۰ جهش متفاوت ژنتیکی، با فیبروز کیستی مرتبط است. در این زمان متخصصان زنان و زایمان و ژنتیک توصیه می کنند تمام زوج‌های باردار از نظر فیبروز کیستی بررسی شوند. از آنجا که درصد ناقل بودن در یهودیان آشکنازی و نژاد قفقازی بیشتر است، بررسی (از طریق آزمایش خون) باید لااقل در صورتی انجام شود که یکی از زوجین کلیمی یا قفقازی باشد. بررسی ۲۵ مورد از شایع‌ترین جهش‌ها، ۵۷ تا ۹۷ درصد از ناقلان فیبروز کیستی را افزایش می‌دهد، که به سابقه‌ی نژادی آن‌ها بستگی می یابد. (مثلاً، ۹۷ درصد از ناقلان در میان یهودیان آشکنازی، ۸۰ درصد از ناقلان در میان جمعیت سفیدپوست اروپای شمالی، و ۵۷ درصد از ناقلان، از مردم امریکایی اسپانیایی هستند.) در اولین جلسه‌ی معاینه‌ی دوران بارداری خود، با پزشکتان در مورد بررسی فیبروز کیستی مشورت کنید.

1. اختلال ارثی در اثر اختلال عملکرد غدد اگزوکرین با علایم تنفسی به‌صورت برونشیت و سینوزیت و آبسه‌ی ریوی. البته درگیری پانکراس، کبد و دستگاه تناسلی نیز در این بیماری دیده می‌شود. م.
2. بلاهت خانوادگی آموروتیک مخصوص اطفال که طفل پس از چند ماه سلامت، نشانه‌های کوری و کندذهنی پیدا کرده و پس از چندی فوت می‌کند. این بیماری بیشتر در کلیمی‌ها دیده می‌شود. م.

اگر دقیقاً تاریخ شروع آخرین قاعدگی خود را نمی‌دانید، سعی کنید تاریخ دقیق بارداری را به‌خاطر بیاورید. اگر در مورد هردو تاریخ هم مطمئن نباشید، پزشک برای تشخیص مدت‌زمان بارداری، یک سونوگرافی برایتان انجام می‌دهد.

سابقه‌ی بیماری‌های زنان و زایمان

اگر پیش از این برای معاینه‌ی پیش از بارداری (برای جزئیات بیشتر به فصل ۱ رجوع کنید) به پزشک خود مراجعه نکرده باشید، او از شما در مورد سابقه‌ی بیماری‌های زنان و زایمان، از جمله بارداری‌های قبلی، غده‌های فیبروم، عفونت‌های مهبلی، و سایر مشکلات مربوط به زنان و زایمان می‌پرسد. سابقه‌ی قبلی شما در تعیین بهترین روش برای کنترل این بارداری، می‌تواند مؤثر باشد. برای مثال، اگر سابقه‌ی درد زودرس زایمان (به فصل ۱۵ رجوع کنید) یا دیابت در دوران بارداری (فصل ۱۶) داشته باشید، دانستن این سابقه، پزشک شما را برای امکان بروز مجدد آن آماده می‌کند.

بارداری پس از درمان نازایی

اگر با درمان‌های نازایی باردار شده‌اید، در اولین معاینه‌ی دوران بارداری، پزشک خود را مطلع کنید، که لازم است موارد متعددی بررسی شود. اثرگذارترین نتایج درمان نازایی،

با درصد بالاتری از وقوع بارداری‌های چندقلو همراه است ـ دوقلو یا بیشتر. به‌طور کلی، کودکانی که از طریق بارداری خارج از بدن به‌دنیا می‌آیند، نوزادانی هستند که مانند نوزادان بارداری‌های طبیعی سالمند. اخیراً، مباحثاتی در علم پزشکی در مورد افزایش نقایص مادرزادی خاص در کودکانی که از طریق IVF به‌دنیا می‌آیند، همچنین افزایش ناهنجاری‌های خاص کروموزومی پس از ICSI (تزریق اسپرم به داخل سیتوپلاسم)، صورت گرفته است. اگرچه برخی از مطالعات حاکی از وقوع نسبتاً بیشتری است، در مطالعات دیگر هیچ‌دلیلی مبنی بر افزایش نقایص مادرزادی وجود ندارد.

مشکلات پزشکی

پزشـــک از شما در مورد هرگونه مشکل پزشـــکی و جراحی‌هایی که انجام داده‌اید، از جمله مشـــکلاتی که در اصل به بیماری‌های زنان و زایمان نیز مربوط نمی‌شـــود، می‌پرســـد. برخی از شرایط خاص پزشکی، بر روی بارداری تأثیرگذار است، و برخی دیگر نه. او از شما در مورد هرگونه حساسیت دارویی سؤال می‌کند. به پزشک خود بگویید تا همه چیز را در مورد شما و وضعیت سلامتی شما بداند.

سوابق پزشکی خانوادگی

سوابق پزشکی خانوادگی شما و پدر بچه به دو دلیل حائز اهمیت است. اول، پزشک می‌تواند بیماری‌های مربوط به دوران بارداری را که می‌تواند از نسلی به نسلی دیگر منتقل شود، شناسایی کند؛ مانند دوقلوزایی یا به‌طور استثنا، نوزادان بسیار درشت. دلیل دیگر برای شناســـایی، مشکلات جدی در خانواده‌ی شماست که ممکن است فرزند شما به ارث ببرد. برخی از این مشکلات را می‌توان با انجام آزمایش‌های خون، مانند فیبروز کیستی بررسی کرد.

ریشه‌های قومی نژادی

حتی اگر سابقه‌ی خانوادگی شما و همسرتان خالی از هرگونه اختلالات ژنتیکی باشد، سوابق قومی‌نژادی حائز اهمیت است، زیرا برخی از اختلالات ژنتیکی، در یک نژاد بیش از نژادهای دیگر واقع می‌شود. برای مثال، یهودیان نژاد اروپای شرقی، ده برابر بیشتر از دیگران، ناقل ژن مغلوب تای ـ سش هستند؛ یک بیماری مربوط به دستگاه عصبی است که معمولاً در خردسالی کشنده است. کاناداییان فرانسوی و کاجون‌ها (از لوئیزیانا) نیز بیشتر از حد معمول در معرض انتقال این ژن هستند. اکثر مواقع، با انجام یک آزمایش خون ساده می‌توان تشخیص داد که آیا شما ناقل این بیماری هستید یا نه.



تای ـ سش یک ژن «نهفته» است که منتقل می‌شود، بدین معنا که هردوی والدین باید ناقل باشـــند تا بچه را در معرض ابتـــلا به این بیماری قرار دهند. ناقل بودن به

معنای این نیســت که شما به تای ـ سش مبتلایید، بلکه تنها ناقل ژن آن هستید. اکثــر مشــاوران ژنتیک توصیه می‌کننــد زوج‌ها هردو برای تشــخیص ناقل بودن، آزمایش‌های خون را انجام دهند، زیرا اغلب به‌دســت آمدن نتایج چند هفته طول می‌کشد. در صورتی که یکی از زوجین پس از دیگری آزمایش دهد و مشخص شود ناقل است، کل مرحله بسیار طول می‌کشد، شاید آن‌قدر طولانی شود که وقتی برای انجام آزمایش‌های خاص دوران بــارداری باقی نماند (مانند CVS ـ نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی یا نمونه‌برداری از مایع آمنیوتیک، که بعداً در این فصل و فصل ۸ آن را توضیح می‌دهیم).

اگرچه تای ـ ســش و برخی بیماری‌های دیگر بیشــتر در میان یهودیان پیدا شده اســت، با وجود این افراد دیگری هم از نژادهای دیگر می‌توانند ناقل باشند، هرچند کمتر شایع است. به همین خاطر، حتی اگر فقط یکی از زوجین یهودی باشد، باید هر دوی آن‌ها آزمایش دهند. اگرچه در این هنگام فقط آزمایش برای تای ـ سش، فیبروز کیستی، و کاناوان[۱] الزامی است، در اینجا فهرستی از اختلالات ژنتیکی ارائه شده که بررسی آن‌ها برای زوجین یهودی‌تبار در دسترس است:

- ✓ تای ـ سش
- ✓ فیبروز کیستی
- ✓ کاناوان
- ✓ نیمان پیک
- ✓ دیس اتونومی خانوادگی[۲]
- ✓ موکولیپیدوسیس IV[۳]
- ✓ کم‌خونی فانکونی[۴]
- ✓ سندروم بلوم[۵]

---

۱. نوعی نقص آنزیمی است. م.

۲. ضایعه‌ای مادرزادی که با اختلال جریان اشک، دمل‌های پوستی، عدم ثبات روحی، عدم تعادل حرکتی و تشدید رفلکس‌ها مشخص می‌شود. م.

۳. بیماری ذخیره‌ی لیزوزومی در اثر کمبود نوعی آنزیم، با علامت عقب‌افتادگی ذهنی.م.

۴. شایع‌ترین نوع کم‌خونی ارثی با ناهنجاری‌های کلی و کلیوی و استخوانی، به‌خصوص عدم وجود شست پا یا استخوان آرنج. این افراد مستعد سرطان خون هستند. م.

۵. بیماری کروموزومی در اثر شکستگی یا نامرتبی کروموزوم‌ها که در آینده عاملی است جهت ایجاد سرطان. حساسیت به نور از علایم بیماری است. م.

یکی دیگر از بیماری‌های منتخب نژادی، کم‌خونی سیکل ـ سل[1] است؛ یک اختلال خونی که مخصوصاً در میان نژادهای افریقایی و اسپانیایی شایع است. این بیماری نیز نهفته اســت، و بنابراین زوجین باید هردو ناقل باشــند تــا این بیماری به بچه منتقل شود.

افرادی که اجدادشــان اهل ایتالیا، یونان، و سایر کشورهای مدیترانه‌اند، در معرض ابتلا یا انتقال ژن‌های اختلال خونی بتا تالاسمی به فرزندانشان هستند، که به عنوان کم‌خونی مدیترانه‌ای یا کم‌خونی کولی نیز شناخته شده است. در میان آسیایی‌ها، مشکل خونی مشــابهی به نام آلفاتالاســمی وجود دارد. این اختلالات هردو سبب ناهنجاری‌هایی در هموگلوبین (پروتئین موجود درگلبول‌های قرمز خون که موجب انتقال اکســیژن در خون می‌شود) شــده و بنابراین، به سطوح مختلفی از کم‌خونی می‌انجامد؛ مانند کم‌خونی ســیکل ـ سل یا تای ـ سش. والدین باید هردو ناقل این ژن باشند تا فرزندشان در معرض ابتلا به این بیماری قرار گیرد.

خطر بیماری‌های توارثی، از یک نژاد یا گروه جغرافیایی به یکدیگر تداخل می‌کند. ژن‌ها هنگامی که والدین از گروه‌های نژادی مختلف باشــند، در میان آن‌ها منتقل می‌شود. ولی به‌سختی می‌توانید پیش‌بینی کنید که آیا اجداد شما، شما را در معرض خطر بالایی از انتقال ژن‌های بیماری خاصی قرار داده باشند یا نه.



بعضی از افراد اطلاعات زیادی در مورد ســابقه‌ی نژادی یا پزشــکی خانوادگی خود ندارند، شاید به این خاطر که فرزندخوانده بوده‌اند یا از نظر بیولوژیکی با اقوام خود در ارتباط نبوده‌اند. اگر این موضوع در مورد شما صدق می‌کند، نگران نباشید. به‌خاطر داشته باشید احتمال اینکه شما و همسرتان هردو ناقل یک ژن از یک اختلال خاص باشید، بسیار کم است.

درباره‌ی معاینه‌ی بالینی

پزشک در اولین معاینه‌ی دوران بارداری، سر، گردن، سینه‌ها، قلب، ریه، شکم، و دست‌ها و پاهای شما را معاینه می‌کند. او همچنین یک معاینه‌ی داخلی (به شکل ۳-۵ نگاه کنید) نیز انجام می‌دهد. در طول این معاینه، پزشک شما وضعیت رحم، دهانه‌ی رحم، و تخمدان‌ها را بررسی می‌کند، و یک تست تشخیص سرطان(PAP)[2] انجام می‌دهد.

---

۱. کم‌خونی ارثی که به علت اختلال در ساخته شدن هموگلوبین بروز می‌کند و همراه با عقب‌ماندگی رشد بدنی و ناهنجاری استخوانی است. م.

۲. تســت پاپانیکولا: آزمایش یاخته‌های متقلــس از گردن رحم با روش خاص به منظور تشخیص زودرس سرطان گردن رحم. م.

پس از معاینه، در مورد برنامه‌ی کلی برای دوران بارداری خود و هرگونه مشــکلات احتمالی صحبت کنید. همچنین می‌توانید در مورد داروهایی که باید در دوران بارداری مصــرف کنید، زمانی که باید برای کمک گرفتن تماس بگیرید، و آزمایش‌هایی که می‌توانید در طول دوران بارداری انتظارشان را داشته باشید نیز، مشورت کنید.



شکل ۳-۵:

یک معاینه‌ی عادی از لگن‌خاصره

نگاهی به آزمایش‌های استاندارد

بــه خودتان روحیه بدهید: در اولین جلســه‌ی معاینه، احتمالاً گرفتار یک ســوزن می‌شوید و باید در لیوانی ادرار کنید. در اینجا نگاهی به مراحل استاندارد، از جمله آزمایش‌های خون و ادرار می‌اندازیم.

آزمایش‌های خون

پزشک شما در اولین جلسه‌ی معاینه، خون شما را برای انجام برخی از آزمایش‌های استاندارد می‌گیرد، تا وضعیت سلامتی عمومی، و همچنین اطمینان از مصونیت‌تان را در برابر عفونت‌های خاص کنترل کند. انجام آزمایش‌های زیر عادی است:

- ✓ **یک آزمایش اســتاندارد برای تشــخیص گروه خون، عامل ارهاش، و وضعیت پادتن.** گروه خون یعنی اینکه نوع خون شما AB ، B ، A یا O باشد، و منظور از ارهاش خون، مثبت یا منفی بودن آن است. آزمایش پادتن برای مشــخص کردن پادتن‌های گروه خونی خاص به آنتی‌ژن‌های خاص صورت می‌گیرد (مانند آنتی‌ژن ارهاش). (برای اطلاعات بیشتر در مورد عامل ارهاش و مفاهیم ناسازگاری‌های خونی، به فصل ۱۵ رجوع کنید.)
- ✓ **شمارش کامل گویچه‌های خون (CBC).** این آزمایش، کم‌خونی را کنترل می‌کنــد که تعداد پایین گویچه‌های خون را نشــان می‌دهــد. این آزمایش همزمان، شمارش پلاکت‌ها را نیز کنترل می‌کند (جزئی از خون که در انعقاد خون اهمیت می‌یابد).
- ✓ **VDRL.** این آزمایش، وجود ســیفلیس را کنتــرل می‌کند، که یک بیماری مقاربتی است. این آزمایش بسیار دقیق است، ولی گاهی به اشتباه جواب آن مثبت می‌شود. یک آزمایش مثبتِ اشتباه می‌تواند در نتیجه‌ی وجود بیماری دیگری، مانند لوپوس یا ســندرم پادتن آنتی‌فوسفولیپید باشد (به فصل ۱۶ رجوع کنید). به هرحال، این نوع از نتایج مثبت اشتباه معمولاً به‌طرز ضعیفی مثبت است. آزمایش VDRL غیرتشخیصی است، و بنابراین برای محرزکردن تشخیص سیفلیس، باید یک آزمایش دقیق‌تر خون انجام شود. از آنجایی که درمان کامل سیفلیس ضروری اســت، حتماً این آزمایش را انجام دهید. در حقیقت، در اکثر ایالات الزامی است.
- ✓ **هپاتیــت ب.** این آزمایش وجود ویروس‌های هپاتیت را کنترل می‌کند. این ویروس‌ها در انواع گوناگونی بروز می‌کند. ویروس هپاتیت ب از نوعی اســت که می‌تواند بدون ایجاد علایم بالینی به‌وجود آید. در حقیقت، بیماری برخی از خانم‌ها تنها با انجام آزمایش خون تشخیص داده شده، مانند آزمایشی که در طول دوران بارداری انجام شده است.
- ✓ **سرخجه.** پزشک شما مصونیت شما را در برابر سرخجه نیز (که به آن سرخک آلمانی نیز گفته می‌شود) کنترل می‌کند. اکثر خانم‌ها در برابر سرخجه واکسینه شــده‌اند؛ یا به‌خاطر اینکه در گذشــته به آن مبتلا شده‌اند، خون آن‌ها ناقل پادتن است، که به همین دلیل ابتلا به سرخجه در دوران بارداری بسیار نادر است. اکثر پزشکان برای اینکه بدانند مادر نسبت به سرخجه مصونیت دارد یا نه، در همان جلســه‌ی اول معاینه‌ی دوران بارداری، آزمایش می‌دهند. هر خانمی که مصونیت نداشته باشد، به او توصیه می‌شود از تماس با افراد بیمار پرهیز کند. پزشک همچنین به این خانم‌ها توصیه می‌کند هرچه زودتر پس

از زایمان خود را در برابر سـرخجه واکسـینه کنند، تا در بارداری‌های بعدی آسیب‌پذیر نباشند.

- ✓ **HIV**. در برخی از ایالات، مراقبان بهداشتی به پرسش عادی نسبت به تمایل شما در انجام آزمایش HIV، ویروسی که باعث بیماری ایدز می‌شود، ملزمند. از آنجایـی که دارو و درمان به منظور کاهش خطر انتقال به بچه، همچنین کند کردن روند بیماری در مادر وجود دارد، آگاهی نسبت به وضعیت HIV در شـما بسیار حائز اهمیت است. یک دکتر معمولاً می‌تواند این آزمایش را همزمان با سایر آزمایش‌های خون دوران بارداری انجام دهد.

دکترها گاهی اوقات در طول اولین معاینه‌ی دوران بارداری، انجام آزمایش‌های دیگری را نیز ضروری می‌دانند. این آزمایش‌های اضافی عبارت است از:

- ✓ **بررسی قند خون**. معمولاً این آزمایش را در حدود هفته‌های ۲۴ تا ۲۸ بارداری انجام می‌دهید، ولی گاهی در صورتی که در معرض خطر دیابت بارداری قرار داشته باشید، دکتر می‌تواند این آزمایش را در سه‌ماهه‌ی اول انجام دهد. در مـورد جزئیات چگونگی انجام این آزمایش، به فصل ۶ و برای فهمیدن علت اهمیت درمان دیابت بارداری، به فصل ۱۶ رجوع کنید.
- ✓ **آبله‌مرغان**. شاید دکتر برای کسب اطلاع از مصونیت شما نسبت به آبله‌مرغان، این آزمایش را انجام دهد. اگر مطمئن نیسـتید آبله‌مرغان گرفته‌اید یا نه، یا می‌دانید به آن مبتلا نشـده‌اید، به پزشـک خود بگویید تا از نظر مصونیت آزمایش شـوید. برای کسب جزئیات بیشتر در مورد آبله‌مرغان، به فصل ۱۶ رجوع کنید.
- ✓ **توکسوپلاسـموز**. گاهی دکتـر می‌تواند برای کنترل مصونیت نسـبت به توکسوپلاسموز، که نوعی عفونت انگلی است، آزمایش دهد. در ایالات متحده، آزمایش توکسوپلاسموز متداول نیست، مگر اینکه در معرض خطر بیشتری برای آن قرار داشته باشید. مثلاً، اگر یک گربه‌ی بیرون از خانه دارید و شما تنها کسی هستید که جعبه‌ی فضولات او را عوض می‌کنید، پزشک شما به احتمال زیاد، برای کنترل شیوع بیماری در گذشته یا حال آزمایش می‌دهد. اگر در فرانسه زندگی می‌کنید، جایی است که توکسوپلاسموز بسیار شایع‌تر است، پزشک شما احتمالاً به انجام این آزمایش توصیه می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد توکسوپلاسموز، به فصل ۱۶ رجوع کنید.
- ✓ **سیتومگالو ویروس‌ها (CMV)**. انجام آزمایش برای عفونت سیتومگالو ویروس، که یک عفونت شایع در دوران خردسالی است، در طول دوران بارداری رایج

نیست. به هرحال، اگر در تماس زیاد با کودکان دبستانی هستید که ممکن است به عفونت مبتلا باشند، شاید پزشک شما انجام آزمایش را توصیه کند. مانند توکسوپلاسموز، آزمایش خون نشانه‌ای از عفونت را در گذشته یا حال بررسی می‌کند. برای جزئیات بیشتر در مورد CMV، به فصل ۱۶ رجوع کنید.

آزمایش ادرار

هربار که در طول دوران بارداری خود به پزشک مراجعه می‌کنید، از جمله در اولین معاینه‌ی دوران بارداری، از شـــما خواســـته می‌شود نمونه‌ای از ادرار خود را بگیرید. پزشک شما از نمونه‌ی ادرار برای کنترل وجود قند (برای نشانه‌ی احتمالی از دیابت) و پروتئین (برای وجود مسمومیت بارداری) استفاده می‌کند.

سونوگرافی

دستگاه ســـونوگرافی از امواج صوتی برای ایجاد تصویری از رحم و جنین درون آن اســـتفاده می‌کند. معاینات از طریق ســـونوگرافی بدون اشعه است، و روش آن، هم برای شما و هم برای بچه بی‌خطر است. ممکن است پزشک در سه‌ماهه‌ی اول انجام یک سونوگرافی را به شما توصیه کند. این سونوگرافی اغلب، به صورت مهبلی انجام می‌شود، بدین معنا که یک سوند مخصوص سونوگرافی داخل مهبل قرار می‌گیرد. مزیت این تکنیک آن اســـت که ســـوند، یا مبدل، به جنین نزدیک‌تر است، بنابراین نمای واضح‌تری نسبت به سونوگرافی‌های استانداردی که از روی دیواره‌ی شکم انجام می‌شود، به دست می‌آید.



برخی از خانم‌ها نگران آنند سوندی که داخل مهبل گذاشته می‌شود، به بچه آسیب برساند. اگرچه قابل درک است، اما لازم نیست نگران باشید. سوند کاملاً بی‌خطر است.

موارد زیر در بررسی سونوگرافی در طول سه‌ماهه‌ی اول ارزیابی می‌شود:

- ✓ **تاریخ دقیق زایمان شما:** سونوگرافی نشان می‌دهد جنین از تاریخ آخرین قاعدگی شما کوچک‌تر است یا بزرگ‌تر. اگر اندازه سری ـ باسنی (که از تاج سر جنین تا ســـرین او را اندازه می‌گیرد، به شکل ۲-۵ رجوع کنید.) بیشتر از ســـه یا چهار روز بعد از تاریخ زایمان شـــما باشد، ممکن است دکتر تاریخ زایمان شـــما را تغییر دهد. سونوگرافی در سه‌ماهه‌ی اول، در واقع دقیق‌تر از سونوگرافی‌های بعدی برای تعیین یا قطعی کردن تاریخ زایمان است.
- ✓ **نیروی حیاتی جنینی:** سونوگرافی از هفته‌ی پنجم تا ششم بارداری، ضربان قلب جنین را تشخیص می‌دهد. پس از آنکه ضربان قلب جنین تشخیص داده شد، خطر سقط جنین به‌طور چشمگیری (درحدود ۳ درصد) کاهش می‌یابد.

قبل از هفته‌ی پنجم، خود جنین قابل رؤیت نیســت، در عوض، سونوگرافی تنها می‌تواند کیسه‌ی بارداری را نشان دهد.

- ✓ **ناهنجاری‌های جنینی:** اگرچه بررســی کامل از طریق ســونوگرافی برای تشخیص ناهنجاری‌های جنینی تا حدود ۲۰ هفتگی انجام نمی‌شود، برخی مشــکلات از هفته‌های ۱۱ و ۱۲ قابل رؤیت اســت. بسیاری از ساختارهای مغز، ستون فقرات، دست‌ها و پاها، شکم و مجاری ادرار از طریق سونوگرافی مهبلی قابل رؤیتند. به‌علاوه، ظهور کلفتی در پشــت سر جنین (که به‌عنوان شفافیت افزایش‌یافته‌ی پس‌سری شناخته شده است)، به خطر مضاعف برای بیماری‌های خاص ژنتیکی یا کروموزومی اشاره می‌کند.
- ✓ **تعداد جنین:** سونوگرافی نشان می‌دهد، بیشتر از یک جنین باردارید یا نه. به‌علاوه، ظهور غشایی که بچه را جدا می‌کند، همچنین موقعیت جفت، در تشخیص این نکته که آیا بچه‌ها دارای یک جفتند یا اینکه جفت‌های جداگانه دارند، کمک می‌کند. در فصل ۱۴ به جزئیات بیشتری راجع به این موضوع می‌پردازیم.
- ✓ **وضعیت تخمدان‌ها:** سونوگرافی همچنین وضعیت ناهنجاری‌ها یا وجود کیست را در تخمدان‌های شما نشان می‌دهد. گاهی اوقات سونوگرافی وجود کیست کوچکی را نشان می‌دهد که کیست جسم زرد بدن گفته می‌شود. این کیست در جایی که تخم آزاد می‌شود، شکل می‌گیرد. بعد از گذشت سه یا چهار ماه، به‌تدریج از بین می‌رود. دو نوع دیگر کیست، کیست درموئید و کیست ساده نام دارد، که ربطی به بارداری ندارد و ممکن است به‌طور تصادفی در بررسی سونوگرافی دیده شود. ضرورت برداشتن این کیست‌ها و زمان درآوردن آن‌ها، به‌اندازه‌ی کیست و هریک از علایمی که دارد، بستگی می‌یابد.
- ✓ **وجود فیبروم:** همچنین فیبروم نیز گفته می‌شود، این‌ها عضلات بیش از حد رشدکرده‌ی خوش‌خیم رحم است. در فصل ۱۶ به جزئیات بیشتری می‌پردازیم.
- ✓ **موقعیت بارداری:** گاهی، بارداری ممکن اســت در خارج از رحم واقع شود، که به آن بارداری خارج از رحم گفته می‌شود. (برای اطلاعات بیشتر، در بخش بعدی در همین فصل، به « بارداری خارج از رحم » رجوع کنید.)

تشخیص علل نگرانی

در هریک از دوره‌های ســه‌ماهه، ممکن اســت در برخی موارد، بعضی چیزها کمی دردسرساز باشد. بخش‌های بعدی، برخی از مواردی را توضیح می‌دهد که در سه‌ماهه‌ی اول بارداری رخ می‌دهد و اینکه چه معنایی ممکن است برای شما داشته باشد.

خونریزی

در اوایل بارداری، حول و حوش زمانی که قاعدگی عقب افتاده باشد، مواجهه با کمی خونریزی مهبلی امری غیرعادی نیست. مقدار خونریزی معمولاً کمتر از زمانی است که منتظر قاعدگی هستید و تنها یک یا دو روز طول می‌کشد. به این حالت خونریزی لانه‌گزینی گفته می‌شود، و هنگامی که تخم بارورشده به دیواره‌ی رحم می‌چسبد، اتفاق می‌افتد. خونریزی ناشی از لانه‌گزینی دلیلی برای نگرانی ندارد، ولی بسیاری از خانم‌ها گمراه می‌شوند و آن را با دوران قاعدگی خود اشتباه می‌گیرند.



همچنین خونریزی ممکن اســت در سه‌ماهه‌ی اول دیرتر اتفاق بیفتد، ولی ضرورتاً دلیلی برای ســقط جنین نیست. در حدود یک‌ســوم از خانم‌ها در طول سه‌ماهه‌ی اول بارداری، با خونریزی مواجه می‌شوند، و اکثر آن‌ها کودکانی کاملاً سالم خواهند داشت. خونریزی مخصوصاً در خانم‌هایی شایع است که بیش از یک جنین دارند ــ و باز هم متذکر می‌شویم، اکثر آن‌ها بارداری‌هایی عادی را خواهند گذراند. خونریزی قرمز روشن نشان از جریان خونریزی دارد، در حالی که خونریزی تیره‌رنگ، نشان از خون کهنه‌ای است که در حال عبور از دهانه‌ی رحم و مهبل است. اکثر مواقع، در ســونوگرافی هیچ نشانه‌ای از منبع خونریزی نشان داده نمی‌شود. به هرحال تجمع خون، که به‌عنوان زیر کوریونی یا تجمع پشت‌جفتی شناخته شده، قابل رؤیت است، و محل خونریزی را در پشت‌جفت نشان می‌دهد. معمولاً چند هفته طول می‌کشد تا این خون مجدداً جذب شود. در طول این مدت، مقداری خون تیره‌رنگ به خروج خود از طریق دهانه‌ی رحم و مهبل ادامه می‌دهد.



در برخی موارد، خونریزی می‌تواند اولین نشــانه از ســقط جنین قریب‌الوقوع باشد. (برای اطلاعات بیشتر، به بخش بعدی رجوع کنید.) در این مورد، خونریزی اغلب با انقباضات شکمی همراه است.



به هرحال، به‌خاطر داشته باشید اکثریت خانم‌هایی که با خونریزی مواجه می‌شوند، می‌توانند کاملاً عادی به دوران بارداری خود ادامه دهند. اگر متوجه مقداری خونریزی شدید، به پزشک خود اطلاع دهید. در صورتی که خونریزی زیاد نباشد و با انقباضات شکم همراه نباشد، وضعیت اضطراری نیست. اگر خونریزی بسیار شدید باشد (بیشتر از دوره‌ی قاعدگی)، هرچه ســریع‌تر با پزشــک خود تماس بگیرید. او ممکن است برای بررســی علت خونریزی و اطلاع از باقی ماندن بارداری و وضعیت داخل رحم، یک ســونوگرافی و معاینه‌ی داخلی انجام دهد. در اکثر مواقع پزشک نمی‌تواند کار زیادی برای خونریزی انجام دهد. بعضی از دکترها برای چند روز توصیه‌ی استراحت مطلق و پرهیز از ورزش و مقاربت جنسی می‌کنند. هیچ‌گونه اطلاعات علمی‌ای این

دســتورالعمل‌ها را تأیید نمی‌کند، ولی چون جایگزین بهتری وجود ندارد، آســیبی هم نمی‌رساند.

سقط جنین

اکثریت بارداری‌ها روندی طبیعی دارد. ولی در حدود یک از هر پنج بارداری در اوایل به سقط ختم می‌شود، که اغلب حتی قبل از زمانی است که زن متوجه بارداری خود شــود. اگر ســقط جنین در اوایل بارداری اتفاق بیفتد، ممکن است آن را با دوره‌ی قاعدگی ماهیانه خود اشتباه بگیرید. تقریباً نیمی از اوقات، ناهنجاری‌های کروموزومی موجود در رویان، باعث سقط جنین می‌شود. در ۲۰ درصد موارد دیگر، ممکن است رویان دارای نقایص ساختاری باشد که به‌دلیل کوچک بودن آن، از طریق سونوگرافی یا آزمایش‌های پاتولوژیک قابل تشخیص نیست.



ممکن اســت سقط جنین به انقباض عضلانی و خونریزی منجر شود. ممکن است در ناحیه‌ی شــکم احساس درد داشــته باشید که بسیار بیشتر از انقباضات دوران قاعدگی است، و ممکن است بافت جنین و جفت خارج شود. در مواردی که تمام بافت خارج می‌شود، لازم نیست پزشک کاری برای شما انجام دهد. هرچند، اغلب، مقداری از بافت در رحم باقی می‌ماند، و ممکن اســت به عمل بازکردن و کورتاژ نیاز داشــته باشید، که برای خالی کردن رحم انجام می‌شود. دکتر شما، به آرامی دهانه‌ی رحم را با ابزار جراحی باز می‌کند، و سپس محتویات باقیمانده در رحم را با دســتگاهی مکنده یا با تراشیدن رحم خالی می‌کند. گاهی برحسب دکتر، سن بارداری، و هریک از مشــکلات مهم پزشــکی می‌توانید کورتاژ را در مطب دکتر یا در اتاق عمل انجام دهید.

گاهی ممکن است هیچ نشانه‌ی مشهودی از سقط جنین وجود نداشته باشد. ممکن اســت پزشک شما در طول معاینه‌ی عادی دوران بارداری متوجه شود جنین دیگر زنده نیست، که به آن سقط جنین پنهان گفته می‌شود. اگر در ابتدای بارداری دچار سقط جنین پنهان بشوید، شاید کورتاژ ضرورت نداشته باشد. ولی اگر از سه‌ماهه‌ی اول دیرتر اتفاق بیفتد، ممکن اســت به منظور کاهش خطر خونریزی شدید و عدم خروج کامل بافت، به کورتاژ نیاز داشته باشید. برحسب سابقه‌ی بیماری‌های مربوط به زایمان و تمایلتان در بررسی علت سقط جنین، می‌توانید برای فرستادن بافت برای تجزیه و تحلیل ژنتیکی تصمیم بگیرید (برای آنکه بدانید کروموزوم‌ها عادی بوده است یا غیرعادی). از آنجایی که نیمی از همه‌ی ســقط جنین‌ها به‌خاطر ناهنجاری‌های کروموزومی هستند، دانستن علت آن می‌تواند مؤثر باشد.



متأسفانه، از اکثر سقط جنین‌ها نمی‌توان جلوگیری کرد. بسیاری از آن‌ها، اگر نه اکثر آن‌ها، شاید روشی طبیعی برای برخورد با یک بارداری غیرطبیعی است. به‌هرحال، سقط جنین به معنای این نیست که در آینده نمی‌توانید یک بارداری کاملاً طبیعی داشته باشید. در حقیقت، حتی در خانم‌هایی که دو سقط جنین پیاپی نیز داشته‌اند، احتمال بسیار زیادی هست (در حدود ۷۰ درصد) که بارداری بعدی آن‌ها موفقیت‌آمیز باشد، حتی بدون هیچ‌گونه درمان خاصی.



هر خانمی که با دو یا سه سقط جنین پیاپی مواجه شود، ممکن است بیماری نهفته‌ای داشته باشد که قابل تشخیص و درمان‌پذیر باشد. او باید تحت آزمایش‌های بالینی کامل و آزمایش‌های بخصوصی برای علل آن قرار گیرد. اگر سقط جنین کرده‌اید، با پزشک خود در مورد امکان انجام آزمایش‌های خاص یا فرستادن بافت جنین یا جفت به یک آزمایشگاه، برای بررسی کروموزومی مشورت کنید.

بارداری خارج از رحم

بارداری خارج از رحم هنگامی روی می‌دهد که تخم بارور شده خارج از رحم ــ در یکی از لوله‌های فالوپ، تخمدان، شکم، یا دهانه‌ی رحم لانه‌گزینی می‌کند. بارداری خارج از رحم مشکلی جدی و تهدیدی برای سلامتی مادر است. خوشبختانه، پیشرفت سونوگرافی در حدی است که تشخیص بارداری خارج از رحم بسیار زود میسر می‌شود.

علایم بارداری خارج از رحم که ممکن است متوجه شوید، شامل خونریزی مهبلی، درد در ناحیه‌ی شکم، سرگیجه، و احساس ضعف است. ممکن است هیچ عارضه‌ای نداشته باشید، که در این صورت دکتر با انجام سونوگرافی، مورد را تشخیص می‌دهد. دکتر می‌تواند با یکی از روش‌های متعدد، که به موقعیت رویان یا جنین و مدت زمان بارداری بستگی می‌یابد، و علایم خاصی که با آن مواجه‌اید، نسبت به درمان مشکل اقدام کند. متأسفانه، دکتر نمی‌تواند رویان یا جنین را به داخل رحم منتقل کند تا بارداری به‌طور عادی ادامه یابد.

فصل ۶

سه‌ماهه‌ی دوم

در این فصل

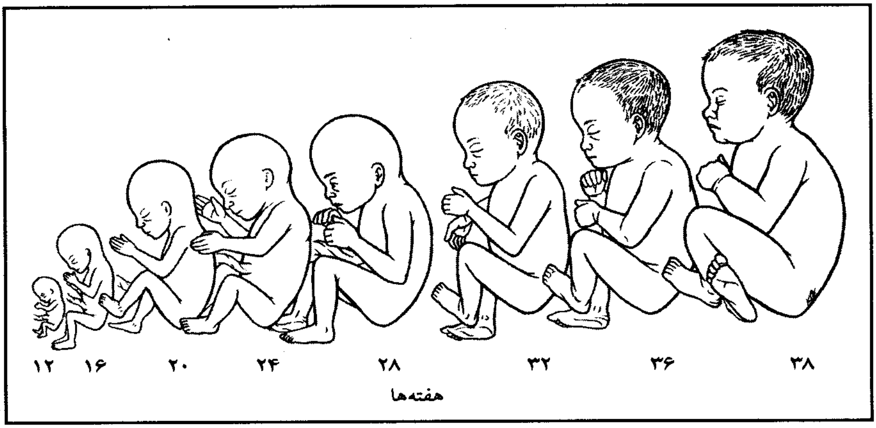
- نگاهی به رشد و تکامل فرزند خود
- نگاه کردن ــ و احساس کردن ــ همان‌گونه که به سوی بچه‌دار شدن پیش می‌روید
- آگاهی در مورد زمان نگرانی

سه‌ماهه‌ی دوم، که شامل سه ماه بین هفته‌ی ۱۳ تا ۲۶ می‌شود، اغلب لذت‌بخش‌ترین قسمت از دوران بارداری است. احساس حالت تهوع و خستگی که در سه‌ماهه‌ی اول بسیار شایع است، معمولاً از بین رفته، و احساس انرژی و راحتی بیشتری می‌کنید. سه‌ماهه‌ی دوم زمان بسیار هیجان‌انگیزی است، زیرا می‌توانید حرکت بچه را درون خود احساس کنید و بالاخره بارداری شما نمایان می‌شود. در طول سه‌ماهه‌ی دوم، آزمایش‌های قبل از زایمان، و سونوگرافی می‌تواند سلامت و رشد طبیعی بچه را تأیید کند. و بسیاری از خانم‌ها متوجه می‌شوند بالاخره می‌توانند مفهوم بچه‌دار شدن خود را به‌زودی درک کنند. سه‌ماهه‌ی دوم، اغلب زمانی است که خبرهای مهیجی را با خانواده، دوستان و همکاران خود سهیم می‌شوید.

پی بردن به نحوه‌ی رشد و تکامل فرزند

طفل شما در سه‌ماهه‌ی دوم، همان‌طور که در شکل ۱-۶ می‌بینید، به‌سرعت رشد می‌کند. طول جنین در هفته‌ی ۱۳، در حدود ۸ سانتیمتر (۳ اینچ) است. در هفته‌ی ۲۶، تقریباً ۳۵ سانتیمتر (۱۴ اینچ) طول و در حدود ۱/۰۲۲ گرم (۴/۲۱ پوند) وزن دارد. بین هفته‌های ۱۴ و ۱۶، دست‌ها و پاها کشیده می‌شود و به شکل دست و پا به نظر می‌آید. هماهنگی حرکات دست و پا نیز در سونوگرافی مشهود است. ممکن است بین هفته‌های ۱۸ و ۲۲، حرکات جنین را گرچه ضرورتاً به‌طور منظم در طول روز اتفاق نمی‌افتد، احساس کنید.

سر بچه که در سه‌ماهه‌ی اول، به نسبت بدن بزرگ بود، با رشد بدن تناسب بیشتری پیدا می‌کند. استخوان‌ها سفت شده و در سونوگرافی قابل تشخیص است. در اوایل



شکل ۶-۱: سه‌ماهه‌ی دوم، جنین مانند یک بیگانه است (به E.T[1] فکر کنید)، ولی از هفته‌ی ۲۶، بیشتر شبیه نوزاد انسان می‌شود.

جنین فعالیت‌های قابل تشخیص بسیاری نیز انجام می‌دهد. او فقط حرکت نمی‌کند، بلکه دوره‌های منظمی از خواب و بیداری، و قدرت شنوایی و بلع دارد. تکامل ریه‌ها در بین هفته‌های ۲۰ و ۲۵، به‌صورت چشمگیری افزایش می‌یابد. از هفته‌ی ۲۴، سلول‌های ریه شروع به ترشح عامل فعال سطحی می‌کند؛ یک ماده‌ی شیمیایی که ریه‌ها را قادر می‌کند باز بماند. بین هفته‌های ۲۶ و ۲۸، چشم‌ها ــ که کاملاً روی هم بسته بود ــ باز می‌شود، و مو (که به آن کرک گفته می‌شود)، بر روی سر و بدن ظاهر می‌شود. لایه‌های چربی در زیر پوست شکل می‌گیرد، و دستگاه عصبی مرکزی به‌طرز فوق‌العاده‌ای کامل می‌شود.

متوجه باشید در طول سه‌ماهه‌ی دوم (هفته‌های ۲۶-۱۳)، فرزند شما به میزان حیرت‌آوری رشد و تکامل می‌یابد.

از هفته‌های ۲۳ تا ۲۴، جنین زنده‌ماندنی قلمداد شده است، به این معنا که اگر در این زمان به‌دنیا بیاید، در صورتی که در مرکزی به‌دنیا بیاید که بخش نوزادان آن در مراقبت از نوزادان بسیار نارس تجربه‌ی لازم را داشته باشند، شانس زنده ماندن او منطقی است. نوزاد نارسی که در ۲۸ هفتگی به‌دنیا می‌آید (تقریباً سه ماه زودتر) و در بخش مراقبت‌های ویژه از او نگه‌داری می‌شود، شانس زیادی برای زنده ماندن دارد.

در این زمان، اکثر مادران حرکت طفل خود را احساس می‌کنند. مطمئناً زمان اولین احساس حرکت طفل درون شما مشکل است. بسیاری از خانم‌ها در حدود هفته‌های ۱۶ تا ۲۰، حسی از حرکات لرزشی دارند (که به آن دمیدن روح گفته می‌شود). هر خانمی نمی‌تواند بگوید این حالت دقیقاً حرکت بچه است. بعضی‌ها فکر می‌کنند فقط گاز است (و شاید غذای تند زیاد خورده باشید) ــ ولی به احتمال زیاد، خود

۱. موجودی تخیلی که در فیلمی به همین نام از فضا آمده بود.م.

بچه اســت. در حدود هفته‌های ۲۰ تا ۲۲، حرکات جنین راحت‌تر قابل تشــخیص اســت، ولی هنوز مداوم نیست. حرکات جنین در چهار هفته‌ی آینده، الگوی منظم بیشتری پیدا می‌کند.

جنین‌های گوناگون، الگوهای حرکتی مختلفی دارند. شاید متوجه بشوید طفل شما شب‌ها گرایش بیشتری به حرکت دارد ــ شاید برای آنکه شما را برای بی‌خوابی‌های شبانه‌ای که بعد از تولد او خواهید داشت، آماده کند! یا شاید فقط به این دلیل که شب‌ها تحرک کمتری دارید، نسبت به حرکات او هوشیارترید. اگر این بچه فرزند دوم (یا سوم یا چهارم....) شما باشد، شاید چند هفته زودتر حرکات او را احساس کنید.



اگر تا هفته‌ی ۲۲ هیچ حرکتی از فرزند خود احساس نکردید، به پزشک خود اطلاع دهید. او ممکن است برای کنترل وضع جنین، به انجام یک سونوگرافی توصیه کند، مخصوصاً اگر تا به حال انجام نداده باشید. یک توضیح رایج در عدم احساس حرکات طفل، قرار گرفتن جفت در جداره‌ی قدامی (جلو) رحم، بین جنین و پوست شماست. جفت مانند یک بالشتک عمل می‌کند و زمان احساس حرکات را به تأخیر می‌اندازد.



پس از ۲۶ تا ۲۸ هفته، در صورتی که مانند همیشه حرکت طفل را احساس نکردید، با پزشــک خود تماس بگیرید. تا ۲۸ هفتگی، باید حرکت را حداقل شــش بار یک ســاعت پس از صرف شام احساس کنید. اگر از حرکت عادی بچه مطمئن نیستید، به ســمت چپ خود دراز بکشــید و حرکات را بشمارید. اگر بچه حرکت کرد ــ هر حرکتی را بشمارید ــ حداقل شش بار در یک ساعت، مطمئن باشید که حال بچه خوب است. از طرفی دیگر، اگر با وجود این احساس می‌کنید حرکات بچه کمتر از مقدار لازم است، با پزشک خود تماس بگیرید.

آگاهی از بدن در حال تغییر

از هفته‌ی ۱۲، رحم شروع به بیرون آمدن از داخل لگن خاصره می‌کند. پزشک شما می‌تواند بالای رحم را از دیواره‌ی شکم شما احساس کند. از هفته‌ی ۲۰، بالای رحم به سطح ناف شما می‌رسد. سپس هر هفته، رحم شما در حدود یک سانتیمتر (نیم اینچ) رشد می‌کند. ممکن است دکترتان از یک متر نواری برای اندازه‌گیری ارتفاع قله‌ای (به فصل ۳ رجوع کنید.) از اســتخوان شرمگاهی تا بالای رحم شما استفاده کند تا از رشــد مناســب بچه و رحمتان اطمینان حاصل کند. بارداری بســیاری از خانم‌ها، از هفته‌ی ۱۶ نمایان می‌شــود؛ هرچند نمایان شدن بارداری بسیار متنوع اســت. بعضی از خانم‌ها در ۱۲ هفتگی بارداری‌شــان معلوم می‌شود، بعضی دیگر تا ۲۸ هفتگی نیز معلوم نمی‌شود.

بسیاری از تغییراتی که با آن مواجه می‌شوید، ربط زیادی با اندازه‌ی شکم شما ندارد. در عوض، شـــامل تکامل بچه و انطباق مستمر بدن شما با بارداری می‌شود. ممکن است با برخی یا تمام علایم موجود در این بخش مواجه شوید و شاید با هیچ‌یک از آن‌ها مواجه نشوید.

فراموشکاری و بی‌دست و پایی

جوآن تا زمانی که باردار شـــده بود، هرگز باور نداشـــت گم کردن کلیدها، برخورد با اثاثیه‌ی منزل، و انداختن چیزها می‌تواند عوارض جانبی دوران بارداری باشد. ما هیچ توجیه علمی‌ای برای این عوارض نداریم، ولی بعضی از خانم‌ها احساس می‌کنند بیشتر حواس‌پرت و دست و پا چلفتی شده‌اند. اگر برای شما اتفاق افتاد، نگران نشوید. عقل خود را از دست نمی‌دهید. این‌طور به این مسئله نگاه کنید: حالا شما بهانه‌ای برای فراموش کردن تولد بهترین دوســـت خود دارید. و خاطرجمع باشـــید پس از به‌دنیا آوردن فرزند خود، به ذهن هماهنگ و باذکاوت خود برمی‌گردید.

گاز

شـــاید متوجه شـــوید آمادگی ناراحت‌کننده و عـــذاب‌آوری در آروغ زدن و دفع گاز بی‌موقع در طول این دوره برایتان به‌وجود آمده است. (حالا می‌توانید با شوهر خود مقابله کنید). اگر حمل بر دلداری نباشد، شما اولین زن باردار نیستید که به این مشـــکل دچار شده‌اید. متأسفانه، هرچند، کار چندانی نمی‌توانید بکنید ــ علاوه بر آن یک ســـگ داشته باشـــید و تقصیر را به گردن او بیندازید. سعی کنید از ابتلا به یبوســـت پرهیز کنید (به فصل ۵ رجوع کنید)، زیرا می‌تواند اوضاع را تشـــدید کند. همچنین از خوردن غذاهای پرحجم که موجب نفخ و ناراحتی می‌شود، یا غذاهایی که می‌دانید مشکل را حتی شدیدتر می‌کند، پرهیز کنید.

رشد مو و ناخن

در زمان بارداری، ناخن‌های انگشتان دست و پای شما بیش از پیش محکم می‌شود و رشـــد بی‌ســـابقه‌ای پیدا می‌کند. مانیکور در صورت انجام در یک آرایشگاه تمیز و قابل اطمینان، بی‌خطر است و اغلب موجب کاهش استرس می‌شود؛ پس تکیه دهید و از ناخن‌های زیبای خود لذت ببرید.

بارداری رشد موها را نیز سریع می‌کند. متأسفانه، بعضی از خانم‌ها متوجه رشد مو در جاهای غیرمعمول می‌شوند ــ مثلاً روی صورت یا شکم. اپیلاسیون، کندن، یا تیغ زدن موهای ناخواسته بی‌خطر است، ولی کرم‌های موبر که حاوی مواد شیمیایی است، زیاد مورد تحقیق قرار نگرفته است. از آنجایی که جایگزین‌های مطمئن‌تری به‌راحتی در دسترس است، توصیه می‌کنیم از مصرف این کرم‌ها خودداری کنید. خاطرتان آسوده باشد موهای ناخواسته به احتمال زیاد پس از تولد بچه از بین می‌رود.

پوشیدن لباس بارداری

خدا را شکر که صنعت مد متوجه شده است خانم‌ها در دوران بارداری نیز به شیک بودن ادامه می‌دهند، به این معنا که لزومی ندارد بلوزهای پسران گروه کر کلیسا را با آن پاپیون‌های بزرگ بر گردن بپوشند. بسیاری از خانم‌ها به‌دنبال خرید برای لباس‌های بارداری‌اند، در حالی که عده‌ای دیگر تا حد امکان دوست دارند لباس‌های معمولی خود را بپوشند. به‌خاطر داشته باشید شما فقط برای چندماه به لباس بارداری نیاز دارید، و آن‌ها ارزان هم نیستند. توصیه‌هایی در اینجا آورده شده است:

- ✓ زیاد برنامه‌ریزی نکنید، فقط لباس‌هایی که نیاز دارید بخرید. پیش‌بینی این مطلب که چقدر بزرگ خواهید شد یا اینکه بچه در بالای شکم قرار می‌گیرد یا پایین، مشکل است. هنگام خرید، لباس‌هایی بخرید که راحت باشد ولی جای کافی برای مابقی رشد داشته باشد.
- ✓ از قبول لباس‌های پوشیده‌شده خجالت نکشید. خانم‌ها لباس‌های بارداری خود را به‌ندرت می‌پوشند. دوستان شما احتمالاً خوشحال می‌شوند ببینند لباس‌هایشان بیشتر استفاده می‌شود.
- ✓ دنبال مغازه‌های امانت‌فروشی، دست دوم، و حراج‌های خانگی باشید، که مکان‌های خوبی برای پیدا کردن لباس‌های ارزان بارداری هستند.
- ✓ اگر در پیدا کردن لباس بارداری سایز خود دچار مشکل شدید، به‌یاد داشته باشید مدت مدیدی از دوران بارداری خود را می‌توانید با شلوارهای کشی و بلوزها یا پلیورهای بزرگ سر کنید. (جوآن هرگز مجبور به خرید لباس بارداری نشد).
- ✓ شاید مهمترین اقلام برای خرید، کفش راحت و سوتین‌های آزادتر باشد. هم سایز کفش و هم سایز سوتین، در دوران بارداری افزایش پیدا می‌کند.
- ✓ لازم نیست لباس زیر مخصوص بارداری بپوشید، مگر آنکه به‌طور خاصی احساس راحتی کنید. بسیاری از انواع معمولی لباس زیر، مخصوصاً نوع بیکینی، کاملاً زیر برآمدگی شکم قرار می‌گیرد.

ترش کردن

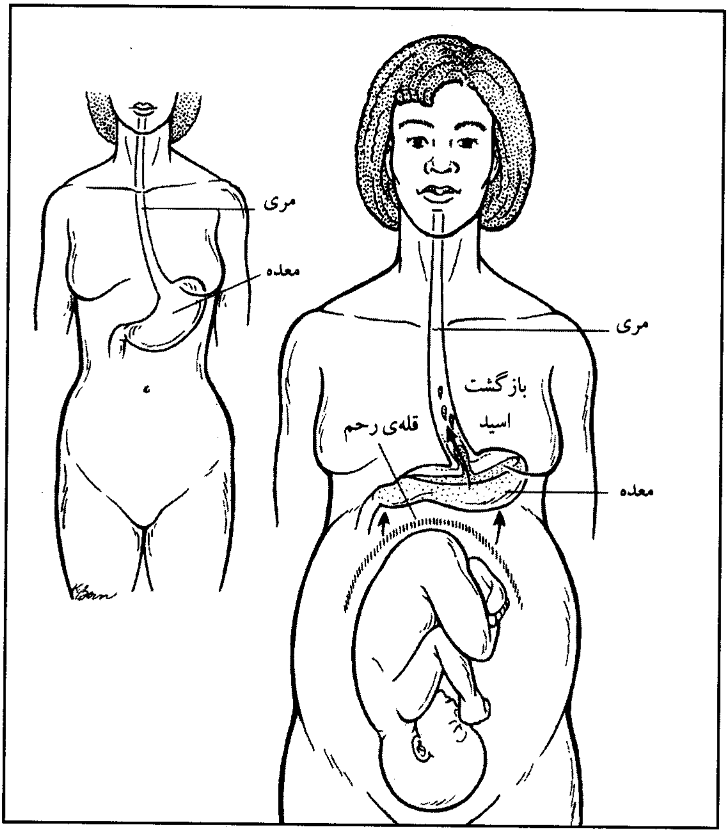
ترش کردن ــ احساس سوزشی که هنگام بالا آمدن اسید معده به داخل مری خود احساس می‌کنید ــ در طول دوران بارداری شایع است. ترش کردن دو علت عمده دارد (هیچ‌یک از این دو علت خرافه‌ای را که می‌گوید ترش کردن به معنی این است که بچه‌ی شما موی زیادی خواهد داشت، تأیید نمی‌کند). اول اینکه، میزان بالای پروژسترونی که بدن شما تولید می‌کند، می‌تواند عمل هضم را کند کرده و عضله‌ی حلقوی میان معده و مری را شل کند، که به‌طور عادی از حرکت اسیدهای معده به سمت بالا جلوگیری می‌کند. دوم اینکه، همچنان که رحم بزرگ می‌شود، به سمت بالا بر روی معده فشار می‌آورد، که می‌تواند اسیدهای معده را به داخل مری فشار دهد. (شکل ۲-۶ را ببینید.)

شاید با پیروی از توصیه‌های زیر، از ترش کردن خلاصی بیابید:

- ✓ به جای حجم زیاد، کم و به دفعات غذا بخورید.
- ✓ هنگامی که در منزل نیستید، یک داروی ضد اسید به همراه داشته باشید.
- ✓ یک بسته بیسکویت ترد همراه خود داشته باشید تا زمانی که احساس ترش کردن می‌کنید، با سر و صدا بخورید. شاید گاز معده را نیز برطرف کند.
- ✓ از خوردن غذاهای ادویه‌دار، چرب، و روغنی پرهیز کنید.
- ✓ از خوردن درست قبل از خواب پرهیز کنید، زیرا هنگامی که دراز می‌کشید، ترش کردن راحت‌تر اتفاق می‌افتد. همچنین، سعی کنید هنگام خواب، سر خود را با قرار دادن بالش‌های متعدد، بالا نگه دارید.
- ✓ اگر ترش کردن شما غیرقابل تحمل شد، با دکتر خود در مورد داروهای تجویزی مشورت کنید. بسیاری از داروهای مؤثر برای ترش کردن، برای استفاده در دوران بارداری بی‌خطر است. مصرف سایمتادین (تاگامت)، رانیتیدین (زانتاک)، و امپرازول (پریلوسک) در سه‌ماهه‌ی اول بارداری بررسی شده، و محققان خطر افزایش نقایص مادرزادی، درد زودرس زایمان، یا مشکلاتی در رابطه با رشد جنین را مشاهده نکرده‌اند.

درد در زیر شکم / کشاله‌ی ران

ممکن است بین هفته‌های ۱۸ و ۲۴، درد شدید یا خفیفی در نزدیکی یک یا هردو طرف کشاله‌ی ران خود احساس کنید. شاید هنگامی که حرکتی سریع



شکل ۲-۶: درحالی که بچه رشد می‌کند، رحم شما بزرگ می‌شود، و به معده و مری شما به سمت بالا فشار می‌آورد، که گاهی اوقات باعث ترش کردن می‌شود.

می‌کنید یا می‌ایستید، متوجه شوید شدیدتر می‌شود، و شاید با دراز کشیدن از بین برود. به این درد، درد لیگمان گرد گفته می‌شود. لیگمان‌های (رباط) گرد، رشته‌های باریکی از بافت فیبروز است که در دو طرف رحم قرار دارد و بالای رحم را به لب‌های فرج متصل می‌کند. ایجاد درد به‌خاطر این است که با بزرگ شدن رحم، لیگمان‌ها کشیده می‌شود. درد ممکن است کاملاً ناراحت‌کننده باشد، ولی عادی است. خبر خوش این است که درد معمولاً بعد از ۲۴ هفته از بین می‌رود یا در حد قابل‌ملاحظه‌ای کم می‌شود.

گاهی در نیمه‌ی سه‌ماهه‌ی دوم (زمان دقیق آن متفاوت است)، ممکن است انقباضات یا گرفتگی‌های عضلانی خفیف و کوتاه‌مدتی را احساس کنید. به این موارد، انقباضات برکستون ـ هیکس می‌گویند و موردی برای نگرانی نیست. اغلب حین راه رفتن یا فعالیت بدنی بیشتر قابل توجه می‌شود و هنگامی که کفش خود را درمی‌آورید، از بین می‌رود. در صورتی که ناراحت‌کننده و منظم بود (بیش از شش بار در ساعت)، با پزشک خود تماس بگیرید.

گرفتگی بینی

جریـان افزایش‌یافتـه‌ی خـون کـه در دوران بـارداری بـروز می‌کنـد، می‌تواند موجـب گرفتگـی و مقـداری ورم غشـاهای مخاطـی داخل بینی شـما شـود. ایـن حالت، بـه نوبت، می‌تواند به چکیدن مخاط به پشـت بینی منجـر، و نهایتاً، باعث سـرفه‌های مزمن شـود. قطره‌های نمکی بینی می‌تواند تسکین‌دهنده باشد و مصرف آن‌ها در دوران بارداری کاملاً بی‌خطر است. همچنین مرطوب نگه داشتن فضای خانه یا محل کار می‌تواند مؤثر باشـد. اسپری‌های بینی و ضد احتقان‌ها نیز مؤثر اسـت، ولی از مصرف این داروها بیش از چند روز خودداری کنید. شـما (یا مخصوصاً، همسرتان) ممکن است ناگهان متوجه شوید چنان خر و پف می‌کنید که هرگز نمی‌کردید! این نشانه‌ی شایع نیز مجدداً به افزایش گرفتگی در بینی مربوط می‌شود. توصیه‌ی ما چیست؟ برای همسرتان یک دست گوش‌گیر خوب بخرید!

خون دماغ و خونریزی لثه‌ها

به‌دلیل حجم زیاد خونی که در بدن شـما برای حمایت از بارداری‌تان جریان دارد، ممکن است از رگ‌های کوچک خونی در بینی یا لثه‌های خود دچار خونریزی شوید. معمولاً خونریزی به خودی خود بند می‌آید، ولی می‌توانید با وارد آوردن کمی فشار بر روی نقطه‌ی خونریزی، به آن کمک کنید. در صورتی که خونریزی به‌طور خاص شدید یا مداوم باشد، با دکتر خود تماس بگیرید.

نکته

با اسـتفاده از یک مسـواک نرم‌تر هنگام مسـواک زدن دندان‌های خود، می‌توانید خونریزی را به حداقل برسانید.

تغییرات پوست

جریان هورمون‌ها در سطوح بسیار زیاد در بدن شما، می‌تواند اتفاقات عجیبی بر روی پوست شما به‌وجود آورد. این تغییرات، که در شکل ۳-۶ نشان داده شده است، برای همه‌ی خانم‌ها پیش نمی‌آید، و اگر برای شما پیش آمده، خاطرجمع باشید معمولاً پس از تولد بچه محو می‌شود.

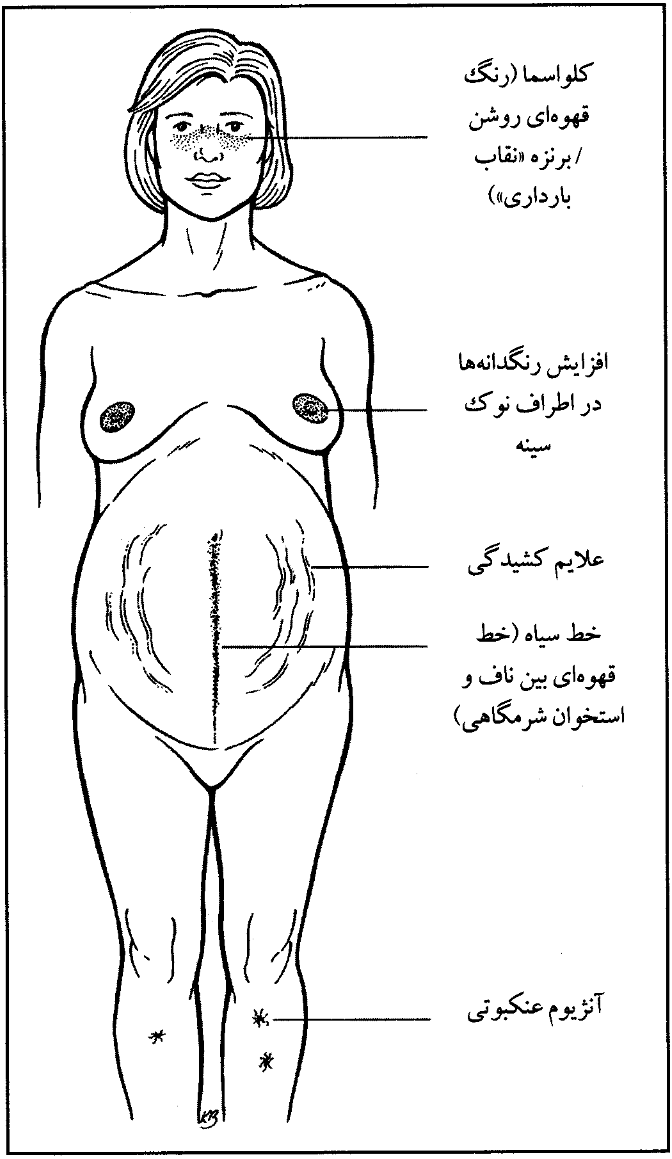
- ✓ شـاید متوجه خط تیره‌رنگی، که به آن خط سیاه گفته می‌شود، شده باشید که از پایین شکم از روی استخوان شرمگاهی تا روی ناف به‌وجود می‌آید. این خط در خانم‌هایی که پوستی نسبتاً تیره دارند، مشهودتر است. این خط اغلب در خانم‌هایی که پوستی روشن دارند، به‌وجود نمی‌آید.

- ✓ ممکن است پوست صورت شما با پراکندگی نقاب‌مانندی در اطراف گونه‌ها، بینی، و چشم‌ها تیره‌تر شود. به این تیرگی کلواسما یا نقاب بارداری گفته می‌شود. قرار گرفتن در معرض آفتاب می‌تواند آن را تیره‌تر کند.
- ✓ لکه‌های قرمز، که به آن آنژیوم عنکبوتی گفته می‌شود، ممکن است به‌طور ناگهانی در هر جای بدن ظاهر شود. روی آن‌ها را فشار دهید، که احتمالاً سفید می‌شود. این لکه‌ها تجمع رگ‌های خونی ناشی از میزان بالای استروژن در بدن شماست که احتمالاً بعد از زایمان از بین می‌رود.
- ✓ برخی از خانم‌ها متوجه قرمزی در کف دستان خود می‌شوند که به‌عنوان سرخی کف‌دستی شناخته شده است؛ این تغییر رنگ، یکی دیگر از عوارض استروژن است، که این نیز، رفع خواهد شد.
- ✓ زایده‌های کوچک پوستی نیز یک وقوع شایع است، گرچه علت بروز آن‌ها دقیقاً مشخص نیست. خوشبختانه، آن‌ها نیز، بعد از بارداری یا محو می‌شود یا از بین می‌رود. از آنجایی که به احتمال زیاد دیر یا زود برطرف می‌شود، لازم نیست برای برداشتن آن‌ها سراسیمه نزد متخصص پوست بروید، مگر اینکه واقعاً ناراحت‌کننده باشد.

حضور یافتن: معاینات دوران بارداری

به احتمال زیاد در سه‌ماهه‌ی دوم، پزشک خود را هر چهار هفته یک‌بار ملاقات می‌کنید. در هر جلسه‌ی معاینه، او وزن، فشار خون، ادرار شما، و ضربان قلب جنین را کنترل می‌کند. شاید مایل باشید سؤالاتی در مورد حرکت جنین، انواع زایمان، اضافه‌وزن خود، و هرگونه علایم غیرعادی یا ناراحتی‌هایی که ممکن است داشته باشید، مطرح کنید.

پزشک شما به‌طور عادی یک سری آزمایش در طول سه‌ماهه‌ی دوم انجام می‌دهد تا شما را از نظر احتمال وجود خطر عوارضی مانند دیابت، کم‌خونی، یا نقایص مادرزادی بررسی کند. ممکن است یک سونوگرافی هم انجام دهید؛ بدین طریق پزشک شما می‌تواند موارد را ببیند؛ مثلاً اینکه آیا دوقلو دارید، آیا بچه به‌طور طبیعی رشد می‌کند، و آیا به مقدار زیاد مایع آمنیوتیک دارید یا نه. برای اطلاعات بیشتر در مورد آزمایش‌های دوران بارداری در سه‌ماهه‌ی دوم، فصل ۸ را بررسی کنید.



شکل ۳-۶:

برخی تغییرات شایع پوستی، با بارداری در ارتباط است.

تشخیص علل نگرانی

در این بخش، به مشــکلات خاصی که در طول ســه‌ماهه‌ی دوم به‌وجود می‌آید و علایمی که باید با پزشک خود مشورت کنید، می‌پردازیم.

خونریزی



بعضی از خانم‌ها در ســه‌ماهه‌ی دوم با خونریزی مواجه می‌شوند. علل احتمالی آن می‌تواند شــامل پایین قرار گرفتــن جفت (جفت ســرراهی)، درد زودرس زایمان، نارســایی دهانه‌ی رحم، یا جدا شدن جفت (همه‌ی این موارد در فصل ۱۵ توضیح داده شده است) باشد. گاهی دکتر نمی‌تواند دلیلی پیدا کند. اگر با خونریزی مواجه شدید، ضرورتاً به این معنا نیست که سقط جنین خواهید داشت، ولی باید با دکتر خود تماس بگیرید. در اغلب مواقع او به انجام یک سونوگرافی توصیه می‌کند و شما را تحت مراقبت می‌گیرد تا مطمئن شود دچار انقباضات نمی‌شوید. خونریزی خطر زایمان زودرس را افزایش می‌دهد، بنابراین دکترتان ممکن است توصیه کند بارداری شما نیاز به مراقبت‌های بسیار شدید دارد.

ناهنجاری جنینی

اگرچــه اکثریت بارداری‌ها به‌طور طبیعی طی می‌شــود، در حدود ۲ تا ۳ درصد از نــوزادان، با برخی ناهنجاری‌ها به‌دنیا می‌آیند. اکثر این ناهنجاری‌ها جزئی اســت، گرچه برخی به مشکلات بارزی برای نوزاد منجر می‌شود. برخی از این ناهنجاری‌ها به‌خاطر مشکلات کروموزومی است، و بقیه ریشه در رشد و تکامل غیرعادی اندام‌ها و ساختارها دارد. برای مثال، برخی از نوزادان نقایص قلبی یا ناهنجاری‌هایی در کلیه، مثانه یا مجاری گوارشی خود دارند. بسیاری از این مشکلات، هرچند نه همه‌ی آن‌ها، از طریق انجام ســونوگرافی در دوران بارداری، قابل‌تشخیص است (به فصل۸ رجوع کنید). هنگام مواجهه با هریک از چنین مشــکلاتی، مهمترین قدم اول، جمع‌آوری اطلاعات موجود درباره‌ی آن است، بنابراین می‌دانید باید انتظار چه چیزی را داشته باشید و چه امکانات درمانی‌ای وجود دارد.

نارسایی دهانه‌ی رحم

در طول سه‌ماهه‌ی دوم، معمولاً بین هفته‌های ۱۶ و ۲۴، بعضی از خانم‌ها با مشکلی مواجه می‌شــوند که نارسایی دهانه‌ی رحم گفته می‌شود. دهانه‌ی رحم باز و گشاد می‌شــود، حتی با وجود آنکه زن هیچ انقباضی احساس نکند. این وضعیت می‌تواند به ســقط جنین منجر شود. در حقیقت، نارســایی دهانه‌ی رحم اغلب بعد از وقوع ســقط جنین، تشخیص داده می‌شود. خانمی که به‌طور عادی با این شرایط روبه‌رو می‌شود، متوجه هیچ نوع علایمی نمی‌شود؛ اگرچه ممکن است گاهی اوقات از احساس

سـنگینی در لگن خاصره یا فشار بیش از حد خبر دهد، یا ممکن است متوجه لک شود. اکثر خانم‌هایی که با نارسایی دهانه‌ی رحم مواجه می‌شوند، بدون هیچ دلیل قابل تشخیصی برایشان اتفاق می‌افتد. عده‌ای دیگر ممکن است دچار یکی از عوامل خطرزای زیر باشند:

- ✓ **عارضه‌ی DES**: DES (دی اتیل استیل بسترول) دارویی است که برای برخی از زنان باردار در دهه‌های گذشته، عمدتاً در سال‌های ۱۹۵۰، ۶۰، و ۷۰ تجویز می‌شد. برخی از نوزادان دختری که مادرانشان DES مصرف کرده بودند، با مشکلات خاصی مواجه شدند؛ از جمله ناهنجاری‌هایی در شکل رحم، دهانه‌ی رحم،یا لوله‌های فالوپشان. و هنگامی که باردار می‌شدند، در معرض خطر زیادی از مواجهه با نارسایی دهانه‌ی رحم قرار می‌گرفتند.
- ✓ **وجود زخم در دهانه‌ی رحم:** برخی شواهد حاکی از آن است که کورتاژهای متعدد یا روش‌هایی که به آن بافت‌برداری (بیوپسی) از مخروط دهانه‌ی رحم یا LEEP گفته می‌شود (که بخشی از شکل مخروطی دهانه‌ی رحم، برای تشخیص یا درمان ناهنجاری‌های دهانه‌ی رحمی برداشته می‌شود)، می‌تواند به نارسایی دهانه‌ی رحم منجر شود. پارگی قابل ملاحظه‌ی دهانه‌ی رحم در زایمان قبلی نیز می‌تواند خطر نارسایی دهانه‌ی رحم را افزایش دهد.
- ✓ **بارداری‌های چندقلو:** برخی از متخصصان زایمان معتقدند بارداری‌های چندقلویی، مخصوصاً سه‌قلو یا بیشتر، خطر نارسایی دهانه‌ی رحم را افزایش می‌دهد. این موضوع بسیار بحث‌برانگیز است، برخی از متخصصان زایمان، انجام سرکلاژ (بخیه در رحم ـ به توضیح متعاقب آن توجه کنید) را برای تمام بیمارانی که سه‌قلو یا بیشتر دارند توصیه می‌کنند، ولی عده‌ای دیگر این روش را تنها برای بیمارانی که فکر می‌کنند در معرض خطر زیاد برای نارسایی دهانه‌ی رحم هستند، انجام می‌دهند. بعضی از بیمارانی که در معرض روندی بـه نام کاهش بارداری چندجنینی (به فصل ۱۴ رجوع کنید) قرار گرفته‌اند نیز در معرض خطر زیادی برای نارسایی دهانه‌ی رحم هستند؛ گرچه در این زمان، انجام سرکلاژ به‌صورت عادی برای آن‌ها توصیه نشده است.
- ✓ **سـابقه‌ی قبلی از نارسایی دهانه‌ی رحم:** اگر قبلاً نارسایی دهانه‌ی رحم داشته‌اید، احتمال بروز مجدد آن در بارداری بعدی افزایش می‌یابد.

در مواردی که تشخیص نارسایی دهانه‌ی رحم قبل از خاتمه‌ی بارداری میسر باشد، دهانه‌ی رحم زن را با یک بخیه در دور آن می‌بندند که سرکلاژ گفته می‌شود. معمولاً سرکلاژ را در هفته‌های ۱۲ تا ۱۴ انجام می‌دهند؛ هرچند گاهی اوقات آن را به‌عنوان یـک روش اضطراری در دوران بـارداری، دیرتر انجام می‌دهند. دکترها این عمل را

بیشـــتر در بیمارستان با بی‌حسی اپیدورال یا نخاعی انجام می‌دهند، ولی کمی بعد در همان روز، معمولاً بی‌حسی از بین می‌رود.

بعضی از خانم‌هایی که سرکلاژ انجام می‌دهند، در طول دوران بارداری خود متوجه ترشحات شدید می‌شوند. در صورتی که به انجام سرکلاژ نیاز دارید، با دکتر خود در مورد میزان فعالیتی که می‌توانید داشته باشید، صحبت کنید ـ آیا می‌توانید مقاربت داشـــته باشید و تا چه حد ورزش توصیه می‌شـــود. عوارضی که با سرکلاژ اختیاری (نه سرکلاژ اضطراری) مربوط می‌شود، غیرمعمول است، ولی می‌تواند شامل عفونت، انقباضات، پارگی کیسه‌ی آب، خونریزی، و سقط جنین باشد.

تشخیص سایر مشکلات احتمالی

فهرســـت زیر، لیستی از علایم سه‌ماهه‌ی دوم دوران بارداری است که به توجه نیاز دارد. اگر با هریک از این موارد مواجه شدید، با پزشک خود تماس بگیرید:

- ✓ خونریزی
- ✓ احساس فشار یا سنگینی غیرعادی
- ✓ انقباضات منظم یا گرفتگی‌های عضلانی شدید
- ✓ فقدان حرکت عادی جنین
- ✓ تب شدید
- ✓ درد شدید شکمی

فصل ۷

سه‌ماهه‌ی سوم

در این فصل

- آمادگی برای ورود به دنیای واقعی ـ فرزند شما می‌خواهد بیرون بیاید!
- کنار آمدن با بدن در حال تغییر
- برنامه‌ریزی برای ماجرای اصلی در کلاس‌های زایمان
- آگاهی در مورد زمان نگرانی
- آماده شدن برای رفتن به بیمارستان

بالاخره برای پرده‌ی سوم آماده شدید ـ سه‌ماهه‌ی آخر دوران بارداری. تا حالا، احتمالاً به داشتن یک شکم برآمده عادت کرده‌اید، حالت تهوع صبحگاهی‌تان مدت زیادی است از بین رفته، و از احساس حرکت و لگد زدن بچه در شکم خود لذت می‌برید، و انتظار او را می‌کشید. در این دوره‌ی سه‌ماهه، فرزند شما به رشد و تکامل خود ادامه می‌دهد، و پزشک شما به کنترل سلامتی شما و بچه. همچنین خود را برای تازه‌وارد آماده می‌کنید،که به معنای هرچیزی از آماده شدن برای گرفتن مرخصی کاری برای شرکت در کلاس‌های زایمان (و روش‌های دیگر اطلاع‌یابی از آنچه در طول درد زایمان و وضع حمل باید انتظارش را داشته باشید) است.

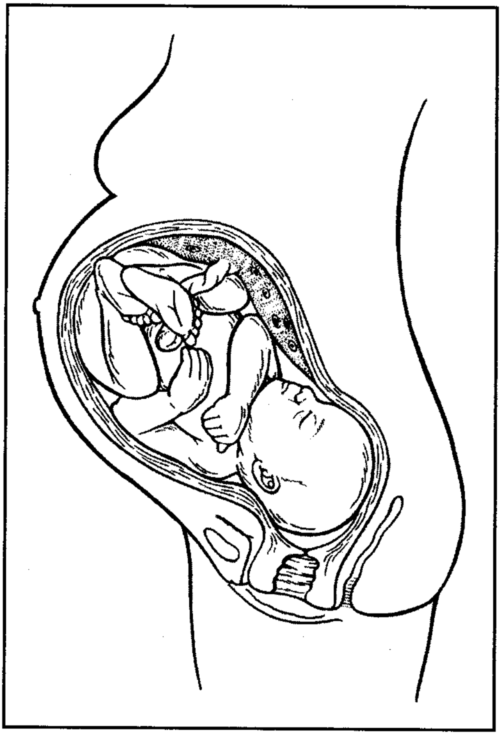
فرزند شما برای تولد آماده می‌شود

در ۲۸ هفتگی، طول بچه‌ی شما احتمالاً در حدود ۳۵ سانتیمتر (۱۴ اینچ) و وزن او درحدود ۱/۱۳۵ گرم (۲/۵ پوند) است. ولی تا آخر سه‌ماهه‌ی سوم ــ در ۴۰ هفتگی، زمان زایمان شما ــ طول او در حدود ۵۰ سانتیمتر (۲۰ اینچ) و وزنش در حدود ۲/۷۰۰ تا ۳/۶۰۰ گرم (۸ تا ۶ پوند) ــ گاهی اوقات کمی بیشتر و گاهی اوقات کمی کمتر است. جنین در سه‌ماهه‌ی سوم، بیشترین رشد خود را می‌کند؛ چربی اضافه می‌کند، و به رشد اندام‌های مختلف، مخصوصاً سیستم اعصاب مرکزی ادامه می‌دهد. دست‌ها و پاها تپل‌تر، و پوست کلفت‌تر و نرم می‌شود.

در طول سه‌ماهه‌ی سوم، فرزند شما نسبت به عفونت‌ها و عوارض نامطلوب داروها کمتر آسیب‌پذیر است، ولی برخی از این عوامل هنوز می‌تواند بر رشد او تأثیر بگذارد. معمولاً دو ماه آخر، به آماده شدن برای انتقال به دنیای خارج از رحم سپری می‌شود؛ تغییرات نسبت به قبل کمتر بارز است، ولی رشد و تکاملی که در این زمان صورت می‌گیرد، از اهمیت زیادی برخوردار است.

به‌طور کلی از ۲۸ تا ۳۴ هفتگی، سر جنین در پایین قرار می‌گیرد (که وضعیت سر نامیده می‌شود)، مانند شکل ۱-۷. به این طریق، سرین و پاها (که جاگیرترین قسمت‌های بدن اوست)، در جادارترین قسمت رحم ـ بالای آن قرار می‌گیرد. در حدود ۴ درصد از بارداری‌های تک‌جنینی، ممکن است سرین بچه پایین (وضعیت ته) یا در عرض رحم (وضعیت عرضی) قرار گیرد. (به بخش «تشخیص عللی برای نگرانی» رجوع کنید که بعداً در این فصل برای اطلاعات بیشتر در مورد وضعیت ته، توضیح داده می‌شود.)

از ۳۶ هفتگی، رشد کند می‌شود، و حجم مایع آمنیوتیک به بالاترین سطح خود می‌رسد. پس از این مقطع، حجم مایع آمنیوتیک ممکن است به‌دلیل آنکه جریان



شکل ۱-۷:
وضعیت بچه در طول سه‌ماهه‌ی سوم در رحم شما ممکن است این گونه باشد.

خون به کلیه‌های بچه به‌خاطر پیر شدن جفت کاهش می‌یابد، و جنین کمی ادرار تولید می‌کند، شروع به کم شدن کند. در حقیقت، اکثر پزشکان به‌طور منظم حجم مایع آمنیوتیک را از طریق سونوگرافی یا لمس شکم در طی چند هفته‌ی آخر برای اطمینان از طبیعی بودن مقدار باقیمانده، کنترل می‌کنند.

جنب و جوش: حرکات جنینی

در طول سه‌ماهه‌ی سوم، هنگامی که جنین فعالیت می‌کند، به شکم خود نگاه کنید، ممکن است به‌نظر برسد غریبه‌ای از فضا در درون شما در حال رقص ایروبیکی است. اگرچه حرکات جنین در حالی که به موعد زایمان نزدیک می‌شوید کم نمی‌شود، زمان و کیفیت حرکات تغییر می‌کند. در اواخر دوران بارداری، حرکات جنین ممکن است کمتر مانند فشاردادن و ضربه زدن باشد و بیشتر شبیه وول خوردن و غلتیدن، همچنین متوجه وقفه‌ی طولانی‌تری بین حرکات می‌شوید. جنین در حال انطباق خود با الگویی نوزادمانند است؛ چرت‌های طولانی‌تری می‌زند و دوره‌های فعالیتی طولانی‌تری پیدا می‌کند.



اگر فعالیت بچه را در حد عادی احساس نمی‌کنید، به پزشک خود اطلاع دهید. یک قانون کلی مطلوب آن است که باید پس از صرف شام، هنگام استراحت، در حدود شش حرکت را ظرف مدت یک‌ساعت احساس کنید. هر حرکتی ــ مهم نیست چقدر خفیف باشد ــ حساب می‌شود. بعضی از خانم‌ها متوجه می‌شوند برای مدتی حرکات جنین را کمتر احساس می‌کنند، ولی بعد حرکات مجدداً شروع و عادی می‌شود. این مورد کاملاً شایع است و دلیلی برای نگرانی نیست. به هرحال، در صورتی که متوجه روند کند شدن حرکات جنین شدید، یا در طول چند ساعت (به جز زمان استراحت یا غذا خوردن) هیچ‌حرکتی از جنین احساس نکردید، فوراً با پزشک خود تماس بگیرید.

اگر در معرض عوامل خطرزایید، یا به راهنمایی‌های خاصی برای پیگیری حرکات جنین در حد کافی نیاز دارید، شاید پزشک توصیه کند با استفاده از یک دفترچه‌ی یادداشت، حرکات جنین را که از ۲۸ هفتگی آغاز می‌شود، یادداشت کنید. می‌توانید حرکات جنین را با روش‌های متعددی دنبال کنید. یک روش این است که بعد از شام به سمت چپ خود دراز بکشید و حرکات جنین را بشمارید. یک روش دیگر برای انجام آزمایش این است که هر روز در حالی که دراز می‌کشید، حرکات جنین را در یک‌ساعت بشمارید و حرکات را بر روی نموداری که پزشک به شما می‌دهد، ترسیم کنید. با این روش، می‌توانید الگوی حرکات فرزند خود را ببینید.

انقباض و انبساط عضلات تنفسی

جنین‌ها از ۱۰ هفتگی به بعد عملی را انجام می‌دهند که به آن حرکات تنفسی منظم گفته می‌شود، اگرچه این حرکات در سه ماهه‌ی سوم بسیار بیشتر تکرار می‌شود. جنین در واقع نفس نمی‌کشد، بلکه قفسه‌ی سینه، جدار شکم، و دیافراگم به شیوه‌ای که ویژگی تنفس است، حرکت می‌کند. این حرکات را متوجه نمی‌شوید، ولی دکتر می‌تواند با انجام سونوگرافی آن‌ها را مشاهده کند. بسیاری از دکترها معتقدند این حرکات نشانه‌ی آن است که بچه به‌خوبی رشد می‌کند. در طول سه‌ماهه‌ی سوم، مدت زمانی که جنین حرکات تنفسی انجام می‌دهد، مخصوصاً بعد از غذا افزایش می‌یابد.

سکسکه در داخل رحم

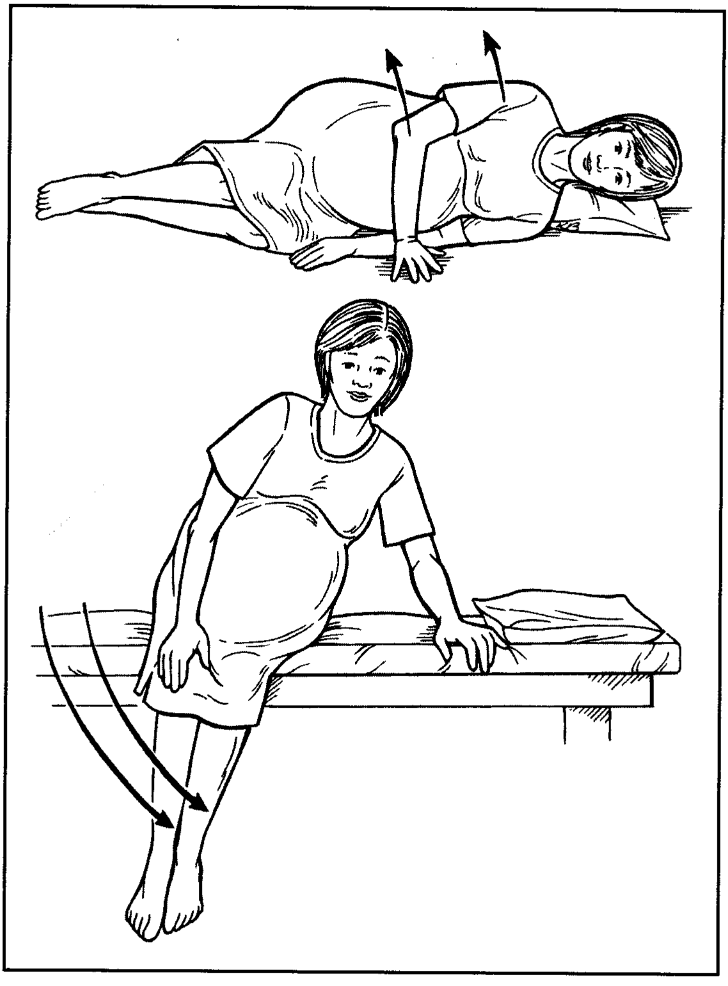
گاهی ممکن است حرکاتی سریع و منظم از جنین احساس کنید، که هرچند ثانیه یک‌بار اتفاق می‌افتد. این حرکات به احتمال زیاد سکسکه است. بعضی از خانم‌ها سکسکه‌های جنین را بارها در طول روز احساس می‌کنند، برخی دیگر فقط ندرتاً. این سکسکه‌ها کاملاً عادی است. شاید به‌نظر عجیب بیاید، ولی ایستادن بر روی سر و نوشیدن آب، که می‌شنویم علاج مناسبی است، احتمالاً در حال حاضر راه مناسبی برای شما نیست.

پا به پای تغییرات بدن خود پیش بروید

همچنان که بچه رشد می‌کند، شکم شما هم بزرگ می‌شود! اگرچه این بزرگی زیبا است، ولی می‌تواند ناراحت‌کننده باشد. شاید متوجه شوید رحم شما به دنده‌هایتان فشار می‌آورد، و گاهی متوجه لگد زدن در یک نقطه‌ی خاص می‌شوید، که احتمالاً جایی است که دست‌ها و پاهای بچه قرار گرفته. اگر دوقلو یا بیشتر باردارید، ناراحتی‌ها، البته بیشتر مشهود است. خانم‌هایی که دوقلو باردارند، ممکن است احساس کنند یک بچه بیشتر از دیگری حرکت می‌کند، که معمولاً به وضعیت قرار گرفتن آن‌ها مربوط می‌شود ـ یک وضعیت قابل توجه‌تر از دیگری است. چه یک، دو، یا بچه‌های بیشتری درون خود حمل کنید، متوجه می‌شوید حرکت به این طرف و آن طرف همان‌طور که به آن عادت داشتید، با بزرگ‌تر شدن شکم مشکل‌تر می‌شود.

نکته

اگر متوجه شدید بلند شدن هنگامی که به پشت دراز کشیده‌اید مشکل است، و کسی برای کمک دور و بر شما نیست، ابتدا سعی کنید به پهلو بچرخید و سپس با فشار دادن خود به سمت بالا، در حالت نشسته قرار گیرید (شکل ۲-۷ را ببینید).



شکل ۲-۷:

بلند شدن از پشت را آسان کنید:

قبل از آنکه سعی کنید در حالی که دراز کشیده‌اید بلند شوید، ابتدا به پهلوی خود بچرخید و سپس در حالی که پاهای خود را به سمت پایین می‌آورید، خود را به سمت بالا بکشید.

اتفاقات ناگوار و افتادن



بارداری ممکن است شما را نسبت به خطرات مشهودی محتاط‌تر کند، ولی از سکندری خوردن یا گاهی اوقات مواجهه با یک بدبیاری جلوگیری نمی‌کند. اگر زمین خوردید، نگران نشوید. شانس اینکه بچه در رحم شما و درون کیسه‌ی آب به‌خوبی محفوظ بماند، زیاد است؛ زیرا یک بالش طبیعیِ فوق‌العاده است. ولی فقط بسیار مراقب باشید، و به پزشک خود اطلاع دهید. او شاید برای کنترل سلامتی بچه از شما بخواهد به مطب مراجعه کنید.



اگر پس از افتادن، با درد شدید شکم، انقباضات، خونریزی، یا چکیدن مایع آمنیوتیک مواجه شدید یا متوجه کاهش حرکات جنین شدید، فوراً با پزشک خود تماس بگیرید. در صورتی که افتادن یا آسیب‌دیدگی مستقیماً بر روی رحم فشار بیاورد (مثلاً، در تصادف رانندگی فرمان ماشین با شکم شما برخورد کند)، ممکن است پزشک شما مایل باشد فوراً وضعیت بچه را کنترل کند.

انقباضات برکستون ـ هیکس

در اواخر سه‌ماهه‌ی دوم یا اوایل سه‌ماهه‌ی سوم، شاید رحم شما، هر از گاهی، برای یک لحظه سفت شود یا احساس کنید همه چیز دارد به هم می‌ریزد. به احتمال زیاد، شما با انقباضات برکستون ــ هیکس مواجه شده‌اید. آن‌ها از نوع انقباضاتی نیست که هنگام درد زایمان به سراغتان می‌آید، بلکه بیشتر شبیه انقباضات تمرینی است.

انقباضات برکستون ــ هیکس معمولاً بدون درد است، ولی گاهی می‌تواند ناراحت‌کننده باشد، و ممکن است به دفعات بیشتری هنگام فعالیت و لم دادن به هنگام استراحت، اتفاق بیفتد. خانم‌هایی که قبلاً نیز فرزندانی داشته‌اند، بیشتر می‌توانند متوجه انقباضات برکستون ــ هیکس شوند. شاید تشخیص انقباضات برکستون ــ هیکس از حرکات جنین برایتان مشکل باشد، مخصوصاً اگر این اولین بارداری شما باشد. در مواقع دیگر، انقباضات برکستون ـ هیکس می‌تواند ناراحت‌کننده باشد و به زایمان کاذب منجر شود.



اگر کمتر از ۳۶ هفته دارید و با انقباضات مداوم، منظم، و درد افزایش‌یابنده مواجه شدید، برای اطمینان از عدم مواجهه با درد زودرس زایمان، با دکتر خود تماس بگیرید.

سندرم مجرای مچ دست

اگر احساس بی‌حسی، گزگز، یا درد در انگشتان و مچ دست خود می‌کنید، احتمالاً با سندرم مجرای مچ دست مواجه شده‌اید. این مسئله هنگامی به‌وجود می‌آیدکه ورم در ناحیه‌ی مچ دست به عصب میانی فشار بیاورد، که از مجرای مچ دست به سمت دست کشیده می‌شود. این امر در یک یا هر دو دست به‌وجود می‌آید، و ممکن است درد در شب‌ها یا موقع بیدارشدن بیشتر باشد.

اگر سندرم مجرای مچ دست مداوم یا آزاردهنده شد، با پزشک خود مشورت کنید. آتل‌های مخصوص مچ دست که در بعضی از داروخانه‌ها یا فروشگاه‌های لوازم جراحی موجود است، می‌تواند مشکل را تسکین دهد. اگر بهتر نشد، مأیوس نشوید، زیرا به‌هرحال معمولاً (اغلب بسیار سریع) پس از زایمان بهبود می‌یابد.

یک زن باردار هیچ غریبه‌ای را نمی‌شناسد

شاید متوجه شوید شکم شما ناگهان توجه همه را به خود جلب می‌کند. افراد کاملاً غریبه ترغیب می‌شوند دست خود را روی شکم شما بگذارند و بگویند چقدر از بچه‌دار شدن شما خوشحال هستند! اگرچه بعضی از خانم‌ها این رفتار را نشانه‌ی توجه و حمایت می‌دانند، عده‌ای دیگر از این کار ناراحت، و معذب می‌شوند. بعضی از مردم فکر می‌کنند ابراز نظر در مورد ظاهر شما کاملاً مؤدبانه است. ممکن است به شما بگویند به‌نظر بسیار چاق یا بسیار لاغر می‌رسید و یا اینکه بسیار پهن شده‌اید، یا اینکه همه‌ی بارداری به باسنتان رفته است. شاید به شما بگویند که این یا آن نشانه‌ای از پسر یا دختر بودن بچه است. ممکن است بگویند «اوه، همین روزها می‌ترکی!» یا «خدای من، مثل غول شدی!» سعی کنید، اگر می‌توانید، به حرف‌های آن‌ها توجهی نکنید. در حقیقت، بهترین توصیه‌ای که می‌توانیم بکنیم، این است که اجازه ندهید مردم شما را عصبانی کنند. شاید نیتشان خیر باشد، ولی به‌ندرت می‌فهمند حرف‌هایشان چه تأثیری بر شما می‌گذارد.

ما همیشه به بیماران خود می‌گوییم در صورت داشتن نگرانی با ما صحبت کنند. بنابراین اگر در مورد چیزی که می‌شنوید، نگران می‌شوید، برای پرسیدن آن از دکتر یا سایر مراقبان بهداشتی خود، تردید نکنید. ولی آنچه را می‌دانید نیز به‌خاطر داشته باشید: اگر کسی به شما می‌گوید شکمتان به‌نظر بسیار کوچک می‌رسد، به‌خاطر داشته باشید که اگر اخیراً سونوگرافی انجام داده‌اید و اندازه‌ی بچه کاملاً مناسب بوده است، لازم نیست نگران شوید. اگر اخیراً سونوگرافی انجام نداده و در مورد اندازه‌ی بچه نگرانید، در مورد آن با پزشک خود صحبت کنید. ممکن است او به شما اطمینان خاطر دهد که اندازه‌ی شکم شما کاملاً عادی است.

بسیاری از خانم‌ها دوست دارند تمام داستان‌های وحشتناکی را که در دوران بارداری‌های خود داشته یا تمام داستان‌های وحشتناکی را که تا به حال شنیده‌اند، برای شما تعریف کنند. اگر زیاد به آن توجه کنید، فقط از اضطراب و نگرانی بی‌مورد عذاب می‌کشید. فقط مؤدبانه به او بگویید واقعاً ترجیح می‌دهید داستان او را گوش ندهید (البته، مگر آنکه، این داستان‌ها نگرانتان نکنند).

خستگی



خستگی‌ای که در اوایل دوران بارداری خود احساس می‌کردید، ممکن است در سه‌ماهه‌ی سوم برگردد. شاید احساس کنید از فعالیت شما کم می‌شود. تمام وقت خسته‌اید، و وزن بیشتری را با خود حمل می‌کنید. در اکثر مواقع راحت نیستید، و ممکن است احساس کنید نمی‌توانید کارهایی را که باید، انجام دهید. خانم‌ها ممکن است در بارداری‌های دوم یا سوم خود، بیشتر احساس خستگی کنند؛ زیرا باید از یک یا چند کودک بزرگ‌تر نیز مراقبت کنند.

سعی کنید نسبت به کارهایی که می‌توانید انجام دهید، واقع‌بین باشید، و نسبت به آنچه نمی‌توانید، احساس گناه نکنید. هیچ‌کس از شما نمی‌خواهد یک زن تمام و کمال باشید. برای خودتان وقت بگذارید و هرچه می‌توانید استراحت کنید. وظایف خود را واگذار کنید. هروقت امکان داشت، اجازه دهید افراد دیگری کارهای روزمره‌ی خانه و مسئولیت‌های دیگر را انجام دهند. هر کاری می‌توانید، انجام بدهید تا از مزایای اوقات خلوت استفاده کنید. حالا تا جایی که می‌توانید استراحت کنید، زیرا بعد از زایمان، کار شما واقعاً زیاد می‌شود.

بواسیر

هیچ کس مایل نیست درباره‌ی آن حرفی بزند، ولی بواسیر — وریدهای متورم و بازشده در اطراف مقعد — یک مشکل شایع برای خانم‌های باردار است. آن‌ها اساساً وریدهای واریس مقعد است (بعد در این بخش به وریدهای واریس می‌پردازیم).رحم با فشار آوردن بر روی رگ‌های اصلی خون، که به جمع شدن خون، و در نهایت بزرگ شدن و ورم وریدها منجر می‌شود، باعث بروز بواسیر می‌شود. پروژسترون که وریدها را شل می‌کند، موجب افزایش ورم می‌شود. یبوست بواسیر را شدیدتر می‌کند. فشار آوردن و زور زدن هنگام دفع مدفوع، فشار مضاعفی بر روی رگ‌های خونی می‌آورد، که باعث بزرگ شدن و احتمالاً بیرون زدن آن‌ها از مقعد می‌شود.



گاهی بواسیر خونریزی می‌کند. این خونریزی آسیبی به بارداری نمی‌رساند، ولی در صورت تداوم آن، با پزشک خود صحبت کنید، یا نزد یک متخصص روده و مقعد یا یک جراح عمومی بروید. اگر بواسیر بسیار دردناک شد، شاید مایل باشید در مورد ضرورت درمان آن مشورت کنید. در ضمن می‌توانید موارد زیر را امتحان کنید:

- ✓ **از بروز یبوست جلوگیری کنید** (به فصل ۵ رجوع کنید). زور زدن برای خارج کردن مدفوع سفت، بواسیر را تشدید می‌کند.
- ✓ **ورزش.** فعالیت تحریک روده را افزایش می‌دهد، بنابراین مدفوع زیاد سفت نمی‌شود.
- ✓ **هروقت می‌توانید کفش خود را درآورید.** با این کار باعث کاستن فشار زیاد از روی وریدهای خود می‌شوید.
- ✓ **داروهای بدون نسخه‌ی موضعی مانند پریپریشین H و آنوسل را امتحان کنید.** بسیاری از خانم‌ها با این داروها تسکین می‌یابند.
- ✓ **دو یا سه بار در روز در وان آب گرم بنشینید.** نشستن در وان آب گرم گرفتگی‌های عضلانی را که اغلب باعث درد می‌شود، تسکین می‌دهد.

- ✓ **از پدهای بدون نسخه‌ی بواسیر (مانند تاکس) یا پدهای ویچ هزل برای تمیز کردن و درمان موضع استفاده کنید.** این پدها اغلب ایجاد خنکی و تسکین ملایم می‌کند.

زور زدن در مرحله‌ی دوم درد زایمان، موجب تشدید بواسیر یا به‌وجود آمدن آن می‌شود. ولی، در اکثر مواقع، بواسیر بعد از زایمان از بین می‌رود.

بی‌خوابی

بسیاری از خانم‌ها در طول آخرین ماه‌های بارداری، متوجه می‌شوند نمی‌توانند راحت بخوابند. یافتن وضعیتی راحت هنگامی که هشت ماه دارید، کار آسانی نیست. احساس می‌کنید کمی شبیه به نهنگی هستید که به ساحل کشانده شده است. پنج بار بلند شدن در طول شب برای رفتن به دستشویی، نمی‌تواند کارها را آسان‌تر کند. به هرحال، شاید با دستورات زیر تسکین بیابید:

- ✓ **شیر ولرم با عسل بنوشید.** گرم کردن شیر باعث آزاد شدن تریپتوفان می‌شود؛ یک اسیدآمینه‌ی طبیعی که باعث خواب آلودگی‌تان می‌شود. عسل نیز باعث تولید انسولین می‌شود، که این نیز شما را خواب‌آلود می‌کند.
- ✓ **ورزش در طول روز.** فعالیت به خسته کردن شما کمک می‌کند، و به این معناست که زودتر به خواب می‌روید.
- ✓ **کمی دیرتر از وقت معمول به رختخواب بروید.** به این ترتیب وقت کمتری برای به خواب رفتن صرف می‌کنید.
- ✓ **مصرف مایعات را بعد از ساعت ۶ بعدازظهر محدود کنید.** به هرحال، در صورت احساس تشنگی، خود را محدود نکنید.
- ✓ **یک بالش مخصوص بدن بخرید.** می‌توانید آن را دور بدن خود در جاهای مختلف بپیچید، که پیدا کردن یک وضعیت راحت را آسان‌تر می‌کند. شما می‌توانید بالش مخصوص بدن را تقریباً در تمام فروشگاه‌های بزرگ پیدا کنید.
- ✓ **قبل از رفتن به رختخواب یک حمام ولرم، و آرامش‌بخش بگیرید.** بسیاری از خانم‌ها می‌گویند حمام گرفتن به خواب‌آلود شدنشان کمک می‌کند.

احساس «پایین افتادن» بچه

در طول یک ماه قبل از زایمان، ممکن است یک خانم متوجه بشود شکمش به‌نظر پایین‌تر آمده و ناگهان تنفس راحت‌تر شده است. این احساس به‌خاطر اصلی است که بچه پایین آمده، یا درون لگن قرارگرفته است. به این حالت، پایین افتادن رحم نیز گفته می‌شود. این پدیده اساساً دو تا سه هفته قبل از زایمان، در خانم‌هایی اتفاق می‌افتد که اولین فرزند خود را باردارند. در کسانی که پیش از این بچه داشته‌اند، ممکن است این پایین آمدن تا زمان زایمان صورت نگیرد.

هنگامی که پایین آمدن اتفاق می‌افتد، شاید احساس کنید به‌طور ناگهانی راحت‌تر شده‌اید. رحم شما مانند گذشته به دیافراگم یا معده‌ی شما فشار نمی‌آورد، بنابراین نفس کشیدن راحت‌تر می‌شود، و ترش کردن نیز ممکن است برطرف شود. به هرحال، در همین زمان، ممکن است احساس فشار بیشتری در منطقه‌ی مهبل خود بکنید ـ بسیاری از خانم‌ها در این نقطه احساس سنگینی می‌کنند. بعضی‌ها با تکان خوردن سر بچه و فشار آوردن بر روی مثانه و پایین لگن، از احساسی عجیب و تیرکشیدنی شدید خبر می‌دهند.

ممکن است متوجه پایین آمدن شکم خود نشوید. دکتر شما در طول معاینات دوران بارداری، ممکن است با انجام معاینه‌ی داخلی یا خارجی قادر باشد به شما بگوید که سر بچه چقدر پایین آمده، و اینکه داخل شده است یا نه، که به این معناست که سر جنین به سطح خارهای ورکی، که منطقه‌های مشخص استخوانی در لگن شماست رسیده، و در طول معاینه‌ی داخلی حس می‌شود (شکل ۳-۷ را ببینید).

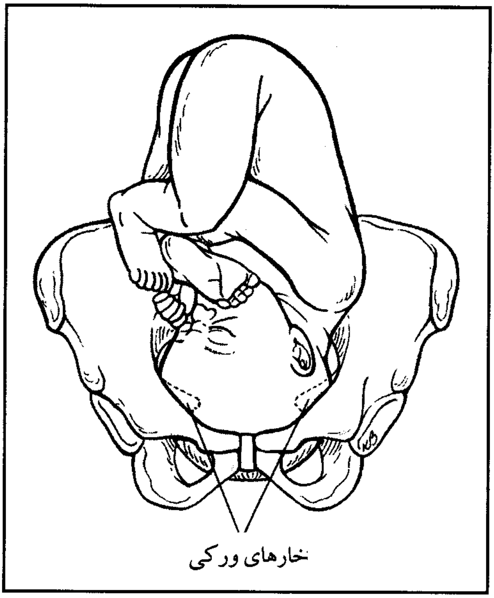


هنگامی که سر جنین به این سطح برسد، در موقعیت صفر قرار دارد. اکثر پزشکان لگن را در موقعیت‌های پایین آمدن، از ۵- تا ۵+ تقسیم می‌کنند (اگرچه بعضی‌ها از ۳- تا ۳+ استفاده می‌کنند). اغلب حین شروع درد، ممکن است سر در محل ۴- یا ۵- باشد (نسبتاً زیاد است ـ گاهی اوقات شناور نیز گفته می‌شود، زیرا سر جنین هنوز در کیسه‌ی آب شناور است). زایمان تا زمانی که سر تا ۵+ پایین بیاید، زمانی که وضع حمل شروع می‌شود، ادامه می‌یابد.

اگر سر بچه قبل از درد زایمان داخل تنگه‌ی بالایی لگن شده باشد، به احتمال زیاد، زایمان طبیعی انجام می‌دهید، گرچه هیچ تضمینی وجود ندارد. همین‌طور، گرچه وضعیت سر در حالت شناور (داخل تنگه‌ی لگن قرار نگرفته باشد) آرزوی هر متخصص زایمانی نیست، به این معنا نیست که نتوانید زایمانی کاملاً طبیعی داشته باشید.



در صورتی که فرزند دوم یا بیشتر خود را به‌دنیا می‌آورید، ممکن است سر بچه تا زمان مرحله‌ی کامل درد، داخل لگن قرار نگیرد.



شکل ۳-۷:
سر بچه به خار ورکی استخوانی در لگن شما می‌رسد و پایین آمده است.

خارش‌ها و بثورات پوستی دوران بارداری

زنان باردار در معرض همان بثورات پوستی‌ای هستند که زنان غیرباردار به آن مبتلا می‌شوند. به هرحال، یک نوع از بثورات پوستی مختص بارداری است که به آن پاپول‌های کهیری خارش‌دار بارداری، یا PUPP گفته می‌شود. این بیماری به‌نظر وحشتناک می‌رسد، ولی در واقع بیشتر یک مزاحم است تا هرچیز دیگر؛ زیرا موجب خارش شدید می‌شود. این مورد اغلب در بارداری اول و در خانم‌هایی که دوقلو یا بیشتر باردارند بروز می‌کند (هرچه تعداد جنین‌ها بیشتر باشد، احتمال بروز آن بیشتر می‌شود).

PUPP در اواخر دوران بارداری بروز می‌کند و مشخصه‌ی آن کهیرها یا لکه‌های قرمز رنگی است که ابتدا در ترک‌های روی شکم شما ظاهر می‌شود. این لکه‌ها می‌تواند بر نقاط دیگر شکم، پاها، دست‌ها، قفسه‌ی سینه، و پشت شما پخش شود. تقریباً هرگز بر روی صورت پخش نمی‌شود. (خدا را شکر که کمی عنایت دارد). خبر خوش این است که بیماری خطری برای بچه ندارد. ولی اگر با این بثورات مواجه شوید، ممکن است دکتر شما توصیه به انجام چند آزمایش خونی بدهد تا مطمئن شوید بیماری دیگری ندارید که با خارش مربوط باشد.

نکته

تنها راه قطعی برای از بین بردن PUPP، زایمان است. بعضی از خانم‌ها به ما می‌گویند خارش ظرف چند ساعت پس از زایمان از بین می‌رود. اگر چند هفته‌ای

تا زایمان باقی مانده است، گاهی اوقات حمام گرفتن با محلول کلوئیدی بلغور جو کمک می‌کند (آوینو محلول خوبی است). لوسیون‌های پوستی که حاوی بنادریل است نیز می‌تواند مؤثر باشد، ولی این محصولات گاهی می‌تواند باعث خشکی پوست بشود، که تنها موجب تشدید خارش می‌شود. بعضی از خانم‌ها با مصرف قرص‌های خوراکی بنادریل تسکین می‌یابند، ولی قبل از این کار با دکتر خود کنترل کنید. بالاخره، در موارد بسیار حاد (که نادر است)، ممکن است دکتر برای مدت کوتاهی از استروئیدها تجویز کند.

شاید حتی اگر هیچ گونه بثور پوستی هم نداشته باشید، متوجه خارش زیاد، مخصوصاً در جاهایی بشوید که ترک به‌وجود آمده است. این خارش بسیار شایع است و معمولاً به دلیل کشیده شدن پوست شما به‌خاطر بزرگ‌تر شدن بچه است.

تا ۲ درصد از خانم‌های باردار، به کلستاز بارداری مبتلا می‌شوند؛ وضعیتی که افزایش اسیدهای صفراوی در خون باعث خارش می‌شود. در صورتی که خارش خفیف باشد، می‌توانید آن را با کرم‌های مرطوب‌کننده‌ی پوست، داروهای موضعی ضد خارش، یا آنتی‌هیستامین‌های خوراکی، مانند بنادریل درمان کنید. اگر خارش شدید باشد، ممکن است دکتر برای کمک به از بین بردن اسیدهای صفراوی در جریان خون، داروهای خوراکی تجویز کند. برخی از مطالعات حاکی از آن است‌که بچه هنگامی که مادر با چنین شرایطی روبه‌روست، باید با انجام آزمایش‌های بدون استرس انقباضی (به فصل ۸ رجوع کنید) بررسی شود، زیرا با خطر مضاعف عوارضی در ارتباط است. خارش در مدت کوتاهی پس از زایمان از بین می‌رود، ولی بیماری ممکن است در بارداری‌های بعدی عود کند.

آمادگی برای شیردهی

نکته

اگر در نظر دارید خودتان بچه را شیر بدهید، ممکن است مایل باشید اقداماتی برای مقاوم کردن پوست دور نوک سینه‌ی خود انجام دهید، تا از قاچ خوردن و زخم شدن نوک سینه‌ها هنگام شیردادن جلوگیری کند. از آنجا که نوک سینه‌های قاچ‌خورده می‌تواند دردناک باشد، آماده کردن آن‌ها در کاهش ناراحتی احتمالی کمک می‌کند. می‌توانید نوک سینه‌های خود را با ملایمت بمالید یا در بین انگشتان خود ماساژ بدهید، آن‌ها را در معرض هوا بگذارید، با یک لیف حمام با ملایمت بمالید، یا از کرست‌های شیردهی که لبه‌هایش پایین باشد، استفاده کنید تا نوک سینه‌هایتان به لباستان مالیده نشود.کرم یا روغن مانع سفت شدن پوست می‌شود، بنابراین از آن‌ها روی نوک سینه‌هایتان استفاده نکنید.

برخی از خانم‌ها نگرانند سینه‌های مناسبی برای شیردهی ندارند، ولی هیچ نوع سینه‌ای مناسب یا غیرمناسب نیست. سینه‌ها چه بزرگ باشد چه کوچک، می‌تواند به مقدار کافی شیر تولید کند.

بعضی از خانم‌ها که نوک سینه‌هایشان بسته یا تورفته است، می‌توانند با ماساژ دادن نوک سینه‌ها، آن‌ها را بیرون بیاورند تا شیردادن آسان‌تر شود. (به فصل ۱۳ رجوع شود.) در برخی از فروشگاه‌های لوازم بارداری یا نوزادی، شیردوش می‌فروشند که با استفاده از مکش، به بیرون آوردن نوک سینه‌ها کمک می‌کند.

بسیاری از خانم‌ها از اوایل بارداری متوجه ترشح گاه به گاه ماده‌ای زردرنگ از سینه‌های خود می‌شوند. این ترشح آغوز یا کلستروم نام دارد، و چیزی است که نوزاد در اولین روزهای عمر خود قبل از آنکه شیر واقعی بیرون بیاید، می‌مکد و می‌بلعد. آغوز حاوی پروتئین بیشتر و چربی کمتری از شیر است؛ از همه مهم‌تر، حاوی پادتن‌هایی از سیستم ایمنی بدن شماست که از فرزندتان در برابر عفونت‌های خاص تا زمانی که سیستم ایمنی بدن خود او کامل شود، محافظت می‌کند.

در صورتی که در دوران بارداری آغوز تولید نکردید، نگران نباشید. تولید نکردن آغوز به این معنا نیست که شیر کافی تولید نخواهید کرد. هر زنی متفاوت است، بعضی از آن‌ها در طول دوران بارداری از سینه‌هایشان چکه می‌شود، و بعضی دیگر نه.

درد سیاتیک

بعضی از خانم‌ها با دردی که از کمر تا سرین و به یک پا یا دیگری امتداد می‌یابد، مواجه می‌شوند. این درد یا نوع غیرشایع آن، بی‌حسی، به‌عنوان درد سیاتیک شناخته شده است، زیرا به‌خاطر فشار بر روی عصب سیاتیک است؛ عصبی اصلی که از کمر، در امتداد لگن، به سرین، و پایین پاهای شما منشعب می‌شود. دردهای خفیف سیاتیک را می‌توانید با استراحت در رختخواب (از یک پهلو به پهلوی دیگر شوید تا راحت‌ترین وضعیت را پیدا کنید)، حمام آب گرم، یا قرار دادن تشک‌های حرارتی بر نقاط دردناک، تسکین بدهید. اگر با مورد حاد آن مواجه شوید، ممکن است به استراحت طولانی‌مدت یا نرمش‌های مخصوصی نیاز پیدا کنید. از دکتر خود بپرسید.

تنگی نفس

شاید با پیشرفت بارداری متوجه شوید به‌شدت دچار تنگی نفس می‌شوید. هورمون پروژسترون، بر مرکز تنفس اصلی شما تأثیر می‌گذارد و ممکن است موجب احساس

نفس‌تنگی شـــود. به‌علاوه، از آنجا که رحم در حال رشـــد شما به سمت بالا بر روی دیافراگمتان فشار وارد می‌کند، ریه‌های شما فضای کمتری می‌یابد تا به‌طور عادی باز شود.

دکتر را خبر کنید!

(هنگامی که جوآن فرزند دوم خود را باردار بود، آن‌قدر تنگی نفس داشت که تنها کتاب‌هایی که می‌توانســت برای دخترش بخواند، فقط کتاب‌هایی با جملات بسیار کوتاه بود. دکتر سوس مجبور شد پس از زایمان کار را کنار بگذارد.) در اکثر موارد، تنگی نفس کاملاً عادی اســت. ولی در صورتی که بســیار ناگهانی یا با درد قفسه‌ی سینه بروز کند، با دکتر خود تماس بگیرید.

ترک‌ها

ترک‌هــا تقریباً بخش اجتناب‌ناپذیری از بارداری اســت، گرچــه بعضی از خانم‌ها اقداماتی برای جلوگیری از آن‌ها می‌کنند. پوســت شما برای تطبیق با رحم رو به رشــد و اضافه وزن، که باعث بروز ترک می‌شود، کشیده می‌شود. برخی از خانم‌ها احتمالاً دارای زمینه‌ی ژنتیکی برای ترک هستند. ترک‌ها اساساً به‌صورت رگه‌های قرمز مایل به صورتی، در جلوی شکم و سینه‌ها ظاهر می‌شود، ولی چند ماه پس از زایمان، خاکستری نقره‌ای یا سفید کم‌رنگ می‌شود. رنگ دقیق آن‌ها به زمینه‌ی پوســت شما بســتگی دارد ــ به‌عنوان مثال، در خانم‌هایی که پوست تیره دارند، قهوه‌ای‌تر ظاهر می‌شود.

هیچ کرم یا پمادی کاملاً در جلوگیری از ترک‌ها مؤثر نیست. بسیاری از مردم فکر می‌کنند مالیدن روغن ویتامین E بر روی شــکم، از بروز ترک‌ها جلوگیری می‌کند، یا به محو سریع‌تر آن‌ها کمک می‌کند. ولی کارآیی ویتامین E هرگز به‌طور بارز به اثبات نرســیده اســت. بهترین کار برای شما این است که از اضافه‌وزن زیاد اجتناب کنید و برای حفظ قدرت عضلانی، به‌طور منظم ورزش کنید، که فشــار رحم را از روی لایه‌ی پوست کم می‌کند.

نکته

اخیراً، بعضی از متخصصان پوست به روش خاص لیزری اقدام می‌کنند که می‌تواند در کاهش ترک‌ها بعد از زایمان مؤثر باشــد. همچنین، بعضی از آن‌ها اســتفاده از کرم حاوی رتینوئیک اســید را برای درمان ترک‌ها پس از زایمان، توصیه می‌کنند. در صورتی که ترک‌های شما به‌طور خاصی قابل توجه است، چند ماه پس از اتمام بارداری با یک متخصص پوست مشورت کنید.

ورم

ورم (به آن ادم نیز گفته می‌شود) دست‌ها و پاها در سه‌ماهه‌ی سوم بسیار شایع است. در اکثر مواقع پس از آنکه برای مدتی سر پا بایستید، به‌وجود می‌آید، ولی در تمام مدت روز نیز می‌تواند اتفاق بیفتد. ورم در هوای گرم حتی شایع‌تر است. برخلاف نظر مردم، هیچ دلیلی بر کاهش مصرف نمک و یا اینکه نوشیدن آب به مقدار زیاد از ورم جلوگیری می‌کند یا آن را از بین می‌برد، دلالت نمی‌کند.



اگرچه ورم یکی از علایم عادی دوران بارداری است، گاهی می‌تواند نشانه‌ای از مسمومیت بارداری باشد (به فصل ۱۵ رجوع کنید). اگر متوجه افزایش ناگهانی میزان ورم، یا افزایش وزن زیاد یا ناگهانی ــ ۲/۵ کیلوگرم یا بیشتر در یک هفته ــ شدید، یا ورم با سردرد زیاد یا درد در سمت راست شکم همراه بود، فوراً با پزشک خود تماس بگیرید.

برای ورم عادی، موارد زیر را امتحان کنید:

- ✓ هر وقت امکان دارد پاهای خود را بالا قرار دهید.
- ✓ در محیط خنک بمانید.
- ✓ جوراب شلواری محافظ یا جوراب‌هایی بپوشید که دور زانوی شما را محکم نگیرد.
- ✓ هنگام خواب، به پشت خود دراز نکشید، سعی کنید به پهلو دراز بکشید.

بی‌اختیاری ادرار ناشی از فشار

چکیدن مقدار کمی ادرار به هنگام سرفه، خنده، یا عطسه در زمان بارداری امری غیرعادی نیست. این نوع بی‌اختیاری ادرار ناشی از فشار، به این خاطر اتفاق می‌افتد که رحم در حال رشد شما به مثانه‌تان فشار می‌آورد. شل شدن عضلات پایین لگن، مشکل را در طول اواخر سه‌ماهه‌ی دوم و سوم افزایش می‌دهد. و گاهی ممکن است بچه لگد تندی به مثانه بزند و موجب چکیدن ادرار شود. نرمش‌های لگن ــ که در آن عضلات کف لگن را مرتب منقبض می‌کنید، به‌طوری که انگار به‌شدت جلوی ادرار خود را می‌گیرید ــ می‌تواند از بروز مشکل جلوگیری کرده یا در حد قابل ملاحظه‌ای آن را کاهش بدهد. (به فصل ۱۲ رجوع کنید.) بعضی از خانم‌ها حتی بعد از زایمان، با ادامه‌ی بی‌اختیاری ادرار به‌صورت خفیف مواجه می‌شوند، ولی معمولاً پس از ۶ تا ۱۲ ماه از بین می‌رود.

اگر به‌طور خاص زایمان مشکلی داشته‌اید، به‌طوری که برای مدتی طولانی به خود فشار آورده، یا بچه‌ی بسیار درشتی داشته‌اید، ممکن است بی‌اختیاری ادرار ناشی از فشار، کاملاً برطرف نشود. حداقل شش ماه صبر کنید تا ببینید برطرف می‌شود یا نه. پس از آن، با دکتر خود در مورد نحوه‌ی اقدام برای درمان آن صحبت کنید.

وریدهای واریسی

شاید متوجه شوید یک نقشه‌ی جاده‌ای کوچک به‌طور ناگهانی بر روی ساق پاهایتان ظاهر شده است (و گاهی در ناحیه‌ی فرج). این علایم وریدهای متسعی است، که به‌عنوان وریدهای واریسی به آن‌ها اشاره شده است. فشار رحم بر روی رگ‌های اصلی خون ــ بزرگ‌سیاهرگ زیرین (رگی که خون را به قلب برمی‌گرداند) و وریدهای لگن، به‌خصوص ــ باعث بروز آن‌ها می‌شود. بارداری همچنین باعث شل شدن نسج عضلانی داخل وریدها و افزایش جریان خون شما می‌شود، و این شرایط به مشکل افزوده می‌شود. خانم‌هایی که پوستی روشن یا سابقه‌ی خانوادگی از وریدهای واریسی دارند، خصوصاً آسیب‌پذیرند. بزرگراه‌های بنفش مایل به آبی، اکثراً پس از زایمان محو می‌شود، ولی گاهی کاملاً ناپدید نمی‌شود. اکثراً بدون درد است، ولی هرازگاهی ممکن است با ناراحتی یا درد همراه باشد.

در موارد نادر، یک لخته‌ی خون در وریدهای سطحی پاها به‌وجود می‌آید. این وضعیت که ترومبوفلبیت سطحی نام دارد، مشکل جدی‌ای نیست، و اغلب با استراحت، بالا نگه داشتن پاها، کمپرس‌های گرم، و جوراب‌های مخصوص، با موفقیت درمان شده است. لخته‌ای که در وریدهای عمیق پا به‌وجود می‌آید، جدی‌تر است (برای بحث در مورد ترومبوز عمیق وریدی، به فصل ۱۶ رجوع کنید).

نمی‌توانید از وریدهای واریسی جلوگیری کنید ــ نمی‌توانید با خصوصیات ارثی بجنگید ــ ولی می‌توانید تعداد و شدت آن‌ها را با پیروی از توصیه‌های زیر کاهش دهید:

- ✓ از ایستادن به مدت طولانی خودداری کنید.
- ✓ از پوشیدن لباس‌هایی که در اطراف بخشی از پای شما بسیار تنگ می‌شود، مانند جوراب‌هایی که کش تنگ دارد، خودداری کنید.
- ✓ اگر باید نسبتاً کم‌حرکت باشید، پاهای خود را هر از گاهی به اطراف تکان دهید تا گردش خون جریان یابد.
- ✓ هر وقت که می‌توانید، پاهای خود را بالا نگه دارید.
- ✓ جوراب‌های محافظ بپوشید یا در مورد تجویز جوراب‌های کشی مخصوص، با دکتر خود صحبت کنید.

فکر کردن به درد زایمان

از اواخر سه‌ماهه‌ی سوم خود، به احتمال زیاد بیشتر به زایمان و پیش‌بینی روند آن فکر می‌کنید. بسـیاری از بیماران ما می‌خواهند بدانند چه موقع ممکن اسـت درد زایمان آن‌ها شروع شود و اینکه آیا می‌توانند کاری کنند در تعیین زمان آن تأثیرگذار باشد یا اینکه آن را جلو بیندازند یا نه. ما در این بخش، به‌جای پرسش‌های پیچیده، به برخی از این سؤالات پاسخ می‌دهیم.

تعیین زمان درد زایمان

«چه موقع این بچه را خواهم داشـت؟» این سـؤال را به‌کـرات در حالی که موعد زایمان نزدیک می‌شود، می‌شـنویم. ای کاش راهی قابل اعتماد می‌شناختیم، ولی هیچ‌چیز قابل پیش‌بینی نیست. گاهی خانمی که دهانه‌ی رحم او بلند و بسته است، از زمان معاینه‌ی داخلی، به مدت ۱۲ سـاعت درد می‌کشد، گرچه برخی از خانم‌ها می‌توانند هفته‌ها با دهانه‌ی رحمی که ۳ سـانتیمتر باز شده است، این طرف و آن طرف بروند! برخی از علایمی که خبر از وقوع چیزی می‌دهد، شـامل از بین رفتن توده‌ی مسدودکننده‌ی مخاطی (در واقع منظور مخاط غلیظی است که در دهانه‌ی رحم تولید می‌شـود)، تظاهر خونی (که یک نام تأسف‌انگیز و ترشح مخاط آمیخته به خون اسـت)، افزایش تکرار انقباضات برکسـتون ــ هیکس، و اسهال است. ولی هیچ علامتی قطعی نیسـت. از دست رفتن توده‌ی مخاطی و تظاهر خونی می‌تواند سـاعت‌ها، روزها، یا هفته‌ها قبل از درد زایمان واقع شـود، یا در بعضی موارد، اصلاً بروز نکند. این مسـئله‌ی غیرقابل پیش‌بینی می‌تواند به اضطراب شما بیفزاید، ولی روند کلی را هیجان‌انگیزتر نیز می‌کند.

خانم‌ها همه‌ی حقه‌ها را (غذاهای چینی، تنقیه، مقاربت، و نوشیدن چای تمشک را به‌عنوان مثال) برای القای درد زایمان به دست خود انجام داده‌اند، ولی هیچ‌چیز در واقع از نظر پزشکی ثابت نشده تحریک زایمانی را کوتاه می‌کند.

هشدار!

مالیدن یا ماساژ نوک سینه‌ها با شور و حرارت، می‌تواند باعث بروز انقباضاتی شود، ولی نباید در منزل انجام شود، زیرا ممکن است به تحریک بیش از حد رحم منجر شـود (که تناوب بیشتر انقباضات اسـت)، که برای شما و فرزندتان مناسب نیست. به‌هرحال، کار مطمئنی نیسـت، زیرا به محض اینکه به تحریک نوک سـینه ادامه ندهید، انقباضات معمولاً از بین می‌رود.

مادران باردار می‌پرسند...

س: «آیا می‌توانم خون بند ناف بچه‌ام را نگه دارم؟»

ج: گاهی خون بند ناف نگه داشته می‌شود، زیرا حاوی سلول‌های بنیادی است، نوعی از سلول‌ها که برای درمان اختلالات خونی گوناگون، مانند لوسمی و برخی از اشکال حاد کم خونی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اخیراً، نگه‌داری خون بندناف نوزاد شما برای استفاده در آینده قابل اجرا است. از آنجایی که این مسئله نسبتاً تازه است، در حال حاضر اینکه ذخیره‌ی خون بند ناف چگونه مفید خواهد بود، و اینکه هزینه‌های مربوط به آن معقول است یا نه، مشخص نیست.

اگر ذخیره‌ی خون بند ناف را در نظر دارید، اکنون زمانی است که می‌توانید در مورد انتخاب‌های خود پرس و جو کنید، بنابراین اگر انتخاب می‌کنید، با یک آژانس مربوطه مقدمات کار را فراهم کنید. همچنین، از آنجا که در حال حاضر برخی از بیمارستان‌ها برنامه‌های خود را برای ذخیره‌ی خون بند ناف دارند، ببینید بیمارستانی که در آن وضع حمل می‌کنید چنین خدماتی ارائه می‌دهد یا نه.

استفاده از ماساژ پرینه‌ای

در چند سال گذشته، ماساژ پرینه جلب توجه زیادی کرده است. این فرایند شامل استفاده از یک روغن یا کرم بر روی پرینه (فضای بین مهبل و مقعد) و ماساژ دادن آن منطقه به منظور آماده‌سازی برای زایمان است. اگرچه مطالعات نشان می‌دهد این روش نیاز به اپیزیوتومی (بریدن پرینه برای ایجاد فضای بیشتر، تا بچه بتواند در هنگام زایمان عبور کند ـ به فصل ۱۰ رجوع کنید) یا پارگی را کاهش می‌دهد، تعداد مواردی که با این روش تفاوت آشکاری داشته باشد، خیلی زیاد نیست. با وجود این، امتحان آن ضرری ندارد. اگر فکر می‌کنید ماساژ پرینه می‌تواند کمک کند و برای شما راحت است، پس امتحان کنید.

رسیدن به مرحله‌ی پایانی:
معاینات دوران بارداری در سه‌ماهه‌ی سوم

بین ۲۸ و ۳۶ هفتگی، احتمالاً پزشک شما مایل است هردو یا سه هفته و سپس در حالی که به تاریخ زایمان نزدیک می‌شوید، هر هفته به او مراجعه کنید. او اندازه‌گیری‌های معمول را انجام می‌دهد: فشار خون، وزن، ضربان قلب جنین، ارتفاع رحم، و آزمایش‌های ادرار. این مراجعات همچنین زمان مناسبی برای صحبت با پزشک، در مورد موضوعات مربوط به درد زایمان و وضع حمل است.

اگر در موعد مقرر وضع حمل نکنید، ممکن است پزشک شما به انجام آزمایش‌های بدون استرس انقباضی اقدام کند (برای جزئیات بیشتر، به فصل۸ رجوع کنید). این آزمایش‌ها وضعیت سلامت جنین را ارزیابی می‌کند. پس از ۴۰ تا ۴۱ هفتگی، عملکرد جفت و مایع آمنیوتیک ممکن است کاهش یابد، و اطمینان از باقی ماندن هردوی آن‌ها در حد کافی، برای حمایت از بارداری حائز اهمیت است. در هفته‌ی ۴۲، بسیاری از پزشکان به القای درد زایمان توصیه می‌کنند (به فصل ۹ رجوع کنید)، زیرا پس از این زمان، خطر بروز مشکلات برای بچه افزایش می‌یابد.

شرکت در کلاس زایمان

آموزش زایمان در حد قابل ملاحظه‌ای متوسط تجربه‌ی زن را نسبت به درد زایمان و وضع حمل تغییر داده است. تجربه‌ی زایمان امروزه بسیار متفاوت با اوایل این قرن است، زمانی که زنان را برای زایمان بیهوش می‌کردند و تنها کار پدرِ منتظر، راه رفتن در اتاق انتظار بود. امروز، جمع کثیری از والدینی که در انتظار اولین فرزند خود هستند، در کلاس‌های زایمان شرکت می‌کنند. والدین آینده در مورد تکنیک‌هایی چون تنفس، آرامش، و ماساژ، مطلع می‌شوند تا ترس، اضطراب، و حتی درد ناشی از زایمان را کاهش دهند.

بیشترین فایده‌ی کلاس‌های زایمان، احتمالاً فراهم آوردن فرصتی است تا از آنچه در طول درد زایمان باید انتظار داشته باشند، مطلع شوند، زیرا کسب اطلاعاتی اندک در کاهش اضطراب و ترس ناشی از این اتفاق بزرگ، بسیار مؤثر است. سایر مزایای کلاس‌ها شامل:

- ✓ **همراه کردن همسر خود در فرایند بارداری.** اگر حضور همیشگی همسر شما در معاینات دوران بارداری میسر نباشد، کلاس می‌تواند برای او بهترین زمان برای کسب اطلاع از آنچه پیش رو دارید و پرسش سؤالاتش باشد.
- ✓ **ملاقات با سایر والدین آینده.** می‌توانید دوستانی پیدا کنید، و در نهایت، همبازی‌هایی برای فرزند خود بیابید.
- ✓ **بازدید از بیمارستان یا زایشگاهی که در نظر دارید در آن زایمان کنید.** دیدن تمام آنچه قرار است اتفاق بیفتد، بسیار مؤثر است. (اگر کلاس شما برنامه‌ی بازدید ندارد، از پزشک خود بخواهید برنامه‌ی آن را فراهم کند.)
- ✓ **گرفتن پاسخ سؤالاتی که در بین معاینات دوران بارداری پیش می‌آید.** ممکن است بلافاصله پس از ترک مطب دکتر، سؤالاتی به ذهنتان خطور کند.

استفاده از یک دولا برای کمک به شما در طول دوران بارداری

دولا[1] متخصصی است که آموزش ویژه‌ای در تأمین حمایت عاطفی و آموزشی به زنان (و زوج‌ها) در طول دوران بارداری دیده است. به آن‌ها دستیاران زایمان یا دستیاران تولد نیز گفته می‌شود. دولاها نباید در مورد دوران بارداری یا درد زایمان شما تصمیمات پزشکی بگیرند، ولی باید برایتان اطلاعات مربوط به دوران بارداری و مرحله‌ی درد زایمان و وضع حمل را فراهم کنند. یک دولا معمولاً شما را به بیمارستان همراهی می‌کند و در طول درد زایمان، با توجه به نیازهای عاطفی شما کمک می‌کند. دولا می‌تواند مکمل حمایتی باشد که از سوی همسر خود دریافت می‌کنید یا حتی در صورتی که او قادر به تحمل کل فرایند نباشد، جایگزین شود.

اگر تصمیم دارید یک دولا استخدام کنید (اکثر مردم این کار را نمی‌کنند)، تصمیم خود را در همان مرحله‌ی مصاحبه بگیرید تا مطمئن شوید هر کسی که وارد می‌شود، وظیفه‌ی خود را می‌داند. بدین طریق، همسر شما احساس نمی‌کند کنار گذاشته شده است. همچنین، صریحاً اعلام کنید که مایلید پزشک شما تصمیمات پزشکی را بگیرد، نه دولا.

۱. دولا کلمه‌ای است که از واژه‌ای یونانی گرفته شده است. در یونان قدیم به مهمترین کنیز یا ندیمه، خانم خانه گفته می‌شده که به هنگام زایمان به او کمک و همراهی می‌کرده است. م.

اکثر زوج‌ها، کلاس‌های آموزشی زایمان را مؤثر می‌یابند. لاماز و برادلی دو مورد از تکنیک‌های شناخته‌شده‌ای است که بر روش‌های تنفسی و آرامش برای کاهش درد زایمان تمرکز دارد. ممکن است هر از گاهی به‌طور تصادفی با مربی‌ای برخورد کنید که به‌شدت متعصب یا قضاوت‌کننده باشد، یا اینکه در مورد نظریه‌ای که شما یا پزشک شما با آن موافق نیست، موعظه کند.

مجبور نیستید هرچه در کلاس زایمان می‌شنوید باور کنید. اگر برنامه‌ریزی کرده‌اید از دارو یا بی‌حسی برای کاهش درد زایمان خود استفاده کنید، و مربی به شما هشدار دهد تمام این داروها زیانبار است، به‌زور خود را به قبول نظر او وادار نکنید. هیچ مزیتی برای شهید شدن در طول زایمان به‌دست نمی‌آورید. فقط در کلاس دنبال چیزهایی باشید که بتواند مؤثر باشد و بقیه را کنار بگذارید. در نهایت، این درد زایمان مال شماست، و باید آنچه را به شما احساس راحتی می‌دهد، انجام دهید.

اگر برای رفتن به کلاس تصمیم می‌گیرید، حتماً مطمئن شوید کلاسی که انتخاب می‌کنید، اطلاع‌رسانی موثق و دقیقی داشته باشد. از مراقب بهداشتی خود یا دوستانی که قبلاً در این کلاس‌ها شرکت کرده‌اند، پرس و جو کنید.

آموزش زایمان برای هرکسی مناسب نیست. بعضی از خانم‌ها احساس می‌کنند اگر کاملاً از چیزی که پیش رو دارند اطلاع داشته باشند، تنها به اضطراب و نگرانی آن‌ها

می‌افزاید ـ و این نگرانی موجه است. هر خانمی باید خودش در مورد شرکت یا عدم شرکت در کلاس‌های زایمان تصمیم بگیرد.

تشخیص علل نگرانی

در طول هفته‌ها و ماه‌های آخر دوران بارداری، اغلب بیش از پیش به پزشک خود مراجعه می‌کنید. هنوز، ممکن است سؤالات و مشکلات خاصی در فاصله‌ی بین این مراجعات به‌وجود بیاید. همه‌چیز برای آمادگی برای زایمان، هم با بچه و هم با بدن شما شروع می‌شود تا در طول مراحل بعدی سه‌ماهه‌ی سوم افزایش یابد. در اینجا برخی از مسائل اصلی که به تماس با دکتر منجر می‌شود، آورده شده است.

خونریزی



اگر با هرگونه خونریزی قابل‌توجهی مواجه شدید، فوراً به پزشک خود اطلاع دهید. برخی از خونریزی‌ها در سه‌ماهه‌ی سوم برای شما و فرزندتان بی‌ضرر است، ولی گاهی می‌تواند عوارضی جدی در پی داشته باشد. بررسی برای اطمینان از مناسب بودن وضعیت، حائز اهمیت است. عوامل احتمالی خونریزی در سه‌ماهه‌ی سوم عبارت است از:

- ✓ درد زودرس زایمان
- ✓ التهاب یا سوزش دهانه‌ی رحم یا پارگی بی‌ضرر رگ‌های سطحی خونی بر روی دهانه‌ی رحم، که بر اثر مقاربت یا بعد از معاینه‌ی داخلی لگن پیش می‌آید.
- ✓ جفت سرراهی (به فصل ۱۵ رجوع کنید) یا جفتی که پایین باشد.
- ✓ جدا شدن یا پارگی جفت (به فصل ۱۵ رجوع کنید).
- ✓ تظاهر خونی (به فصل ۹ رجوع کنید). این تظاهر معمولاً کمتر از مقدار خونی است که در طی یک دوره‌ی ماهانه‌ی عادی دارید، و اغلب با مخاط آغشته است.

موقعیت بریچ

بچه هنگامی به اصطلاح در وضعیت ته یا بریچ قرار می‌گیرد که سرین یا پاهای او پایین، در نزدیک‌ترین حد به دهانه‌ی رحم باشد. وضعیت ته در ۳ تا ۴ درصد از زایمان‌های تک‌بچه‌ای اتفاق می‌افتد. با ادامه‌ی بارداری خطر قرار گرفتن بچه در

وضعیت ته کاهش می‌یابد. (میزان وقوع آن ۲۴ درصد در ۱۸ تا ۲۲ هفتگی است، ولی در هفته‌های ۲۸ تا ۳۰، تنها ۸ درصد است. در ۳۴ هفتگی، به ۷ درصد کاهش می‌یابد، و در ۳۸ تا ۴۰ هفتگی، به ۳ درصد می‌رسد.) اگر دکترتان در سه‌ماهه‌ی سوم تشخیص دهد فرزند شما در وضعیت بریچ قرارگرفته، با شما در مورد راه‌های انتخاب مشورت خواهد کرد، که شامل زایمان طبیعی در وضعیت بریچ، چرخش سر بچه از بیرون، یا سزارین است. برای اطلاعات بیشتر در مورد وضعیت بریچ، به فصل ۱۵ رجوع کنید.

کاهش حجم مایع آمنیوتیک

عبارت علمی برای کاهش حجم مایع آمنیوتیک، اولیگوهیدرامنیوس است (نام دیگر آن زایمان خشک است.) که ممکن است در بررسی سونوگرافی مشاهده شود، یا دکتر شما با معاینه‌ی رحم مشکوک شود. این شرایط با علت قابل تشخیصی مربوط نیست، یا می‌تواند با محدودیت رشد داخل رحمی (در بخش «مشکلات مربوط به رشد جنین»، بیشتر به این موضوع می‌پردازیم)، پارگی زودرس کیسه‌ی آب، یا شرایطی دیگر مرتبط باشد. معمولاً، کاهش خفیف مایع آمنیوتیک دلیل زیادی برای نگرانی ندارد؛ پزشک شما با آزمایش‌های بدون استرس انقباضی و بررسی‌های سونوگرافی برای اطمینان از عدم بروز مشکل، شما را بیشتر تحت نظر می‌گیرد. اگر موعد زایمانتان بسیار نزدیک باشد، ممکن است پزشکتان مایل باشد بچه را به‌دنیا بیاورد. از طرفی دیگر، اگر فقط ۳۰ هفته دارید، بهترین راه حل، استراحت بیشتر و تحت مراقبت شدید بودن است. البته، رسیدگی به مشکل به علت آن بستگی دارد. برای جزئیات بیشتر در مورد مشکلات مربوط به مایع آمنیوتیک، به فصل ۱۵ رجوع کنید.

کاهش حرکت جنینی

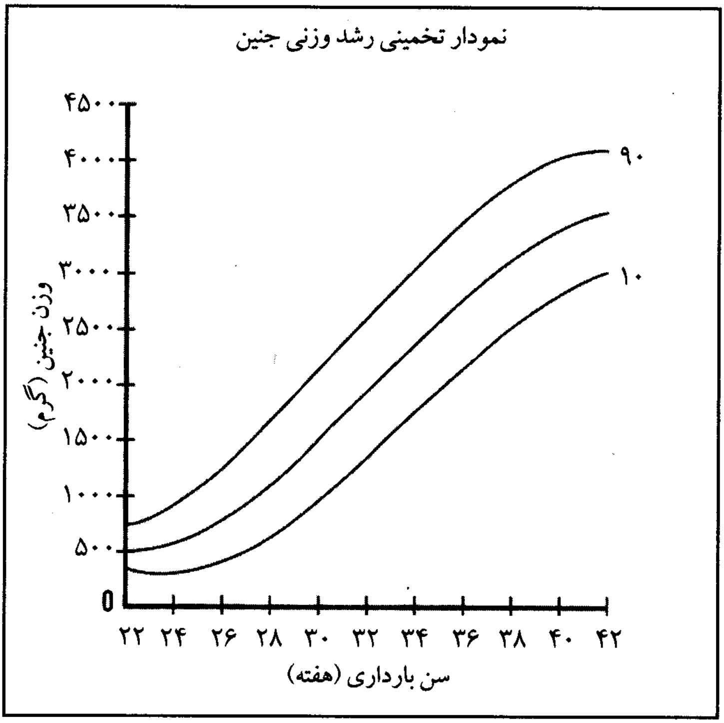


اگر همان مقدار حرکتی را که قبلاً از جنین احساس می‌کردید احساس نمی‌کنید، به پزشک خود اطلاع دهید. حرکت جنین یکی از مهم‌ترین چیزهایی است که باید در زمان نزدیکی به موعد زایمانتان، مورد توجه قرار گیرد (به بخش «جنب و جوش: حرکات جنین» که پیشتر در این بخش به آن پرداختیم رجوع کنید).

مشکلات مربوط به رشد جنین

شاید در یکی از معاینات دوران بارداری متوجه شوید پزشکتان فکر می‌کند اندازه‌ی رحم شما یا بسیار بزرگ است یا بسیار کوچک. این امر دلیلی برای زنگ خطری

فوری نیست. اغلب در این شرایط، پزشکتان برای بهتر دانستن اندازه‌ی بچه، به انجام یک سونوگرافی توصیه می‌کند. سونوگرافی برای اندازه‌گیری اندام‌های بچه ـ اندازه‌ی سر، محیط شکم، و طول استخوان ران انجام می‌شود. سپس پزشکتان این اندازه‌ها را با یک معادله‌ی ریاضی که وزن جنین (EFW) را تخمین می‌زند، ترسیم می‌کند. آن برآورد ســپس بر روی یک نمودار منحنی که سن بچه به هفته‌ها است، در برابر وزن (به شکل ۴-۷ نگاه کنید) ترسیم می‌شود، که رشد متوسط هزاران جنین را در هریک از سنین بارداری نشان می‌دهد.



شکل ۴-۷: متوسط وزن جنین در مراحل مختلف بارداری.

پزشک شما می‌تواند با نگاه کردن به نقطه‌ای که وزن فرزند شما بر روی منحنی قرار می‌گیرد، آن را بررسی کند و به شما بگوید که صدک بچه چیست. اگر وزن بچه در هر کجا بین صدک دهم تا نودم باشد، وزن طبیعی در نظر گرفته می‌شود. به‌خاطر داشته باشــید هر بچه‌ای در صدک پنجاهم قرار نمی‌گیرد، لذا صدک بیستم نیز با وجود این، عادی قلمداد می‌شود و دلیلی برای نگرانی نیست.

به‌خاطر داشـــته باشید سونوگرافی اگرچه ابزاری فوق‌العاده برای ارزیابی رشد جنین اســـت، کامل نیست. قضاوت در مورد وزن بچه با انجام سونوگرافی و قرار دادن بچه

بر روی ترازو، یکی نیسـت. تخمین وزن می‌تواند از ۱۰ تا ۲۰ درصد در سه‌ماهه‌ی سوم به‌خاطر تنوع در ترکیب بدن تفاوت داشته باشد. بنابراین اگر فرزند شما خارج از حد طبیعی است، نگران نشوید.

اگر اندازه‌های فرزند شما بسیار بزرگ باشد (ماکروزومی)، ممکن است پزشک شما بـرای کنترل دیابت بارداری یک آزمایش دیگر قند خون توصیه کند (به فصل ۱۵ رجوع کنید). اگر اندازه‌ی فرزند شـما بسـیار کوچک باشد (محدودیت رشد داخل رحمی)، ممکن است دکترتان توصیه کند بیشتر تحت نظر قرار بگیرید، یعنی اینکه آزمایش‌های بدون اسـترس انقباضی انجام دهید و بررسی‌های سونوگرافی را تکرار کنید تا رشـد جنین زیر نظر باشـد. ما به مشکلات مربوط به رشد جنین و نحوه‌ی رسیدگی به آن‌ها، در فصل ۱۵ با جزئیات بیشتری می‌پردازیم.

نشت مایع آمنیوتیک

اگر متوجه می‌شـوید لباس زیرتان خیس می‌شود، توضیحات متعددی امکان دارد. می‌تواند کمی ادرار، ترشح مهبلی، رها شدن توده‌ی مخاطی در دهانه‌ی رحم، یا در واقع چکیدن مایع آمنیوتیک باشد (که به آن پارگی کیسه‌ی آب نیز گفته می‌شود). اغلب، می‌توانید با امتحان مایع بگویید که چیست. ترشح مخاطی، غلیظ و گردمانند است، در حالی که ترشح مهبلی سفید و یکدست است. ادرار بوی خاص خود را دارد و بدون تلاش شـما به‌طور مداوم جاری نمی‌شـود. از طرفی دیگر، مایع آمنیوتیک، به‌طور عادی شـفاف و آبکی اسـت و اغلب به‌صورت جهشی بیرون می‌ریزد. گاهی اوقات هنگامی که کیسه‌ی آب پاره می‌شود، دچار جهش ناگهانی آب می‌شوید، ولی اگر در غشاء فقط سوراخی ایجاد شده باشد، چکه کردن ناچیز است.



اگر فکر می‌کنید آنچه می‌چکد ممکن اسـت مایع آمنیوتیک باشد، فوراً به پزشک خود تلفن کنید. اگر در معرض درد زودرس زایمان نباشید و مایع آمنیوتیک شفاف باشـد، چکیدن مایع وضعیتی اضطراری نیست، به هرحال، اکثر پزشکان مایلند به آن‌ها اطلاع بدهید، زیرا می‌توانند به شما بگویند چه‌کار کنید. اگر مایع خونی یا به رنگ قهوه‌ای مایل به سـبز باشـد، حتماً به پزشک خود اطلاع دهید. مایع مایل به سبز بدین معناست که بچه در داخل رحم مدفوع (مکونیوم) کرده است. اکثر مواقع، چنین اتفاقی دال بر وجود مشکلی نیست، ولی گاهی اوقات بدین معنی است که بچه دچار استرس شده است. پزشک شما با کنترل ضربان قلب بچه (احتمالاً با انجام یک آزمایش بدون استرس انقباضی)، از وضعیت بچه اطمینان حاصل می‌کند.

پره اکلامپسی (مسمومیت بارداری)

پره اکلامپسی یا مسمومیت بارداری، که در آن فشار خون بالا با جاری شدن پروتئین در ادرار و گاهی اوقات با ورم دست‌ها، صورت و پاها در ارتباط است، یک بیماری مختص به بارداری است. مسمومیت بارداری (که به آن توکسمی یا فشارخون بالای ناشی از تحریک بارداری نیز گفته می‌شود)، امری غیرعادی نیست، و در ۶ تا ۸ درصد از تمام بارداری‌ها اتفاق می‌افتد. دامنه‌ی آن می‌تواند از نوع بسیار خفیف تا یک شرایط وخیم پزشکی باشد. فصل ۱۵ شما را با علایم و نشانه‌های مسمومیت بارداری آشنا می‌کند.

مسمومیت بارداری معمولاً به‌تدریج به‌وجود می‌آید. ممکن است پزشکتان ابتدا فقط متوجه افزایش نسبی فشار خون شما شود. آنگاه به شما می‌گوید بیشتر استراحت کنید، تا حد ممکن به پهلو دراز بکشید، و دفعات بیشتری مراجعه کنید. ولی گاهی، مسمومیت بارداری به‌طور ناگهانی اتفاق می‌افتد.

درد زودرس زایمان

تعریف تکنیکی صریح از درد زودرس زایمان، هنگامی است که انقباضات و تغییراتی در دهانه‌ی رحم خانمی قبل از ۳۷ هفتگی آغاز شود. بسیاری از خانم‌ها دچار انقباضاتی می‌شوند، ولی تغییری در دهانه‌ی رحم ندارند ـ چنین موردی در واقع درد زودرس زایمانی نیست. به هرحال، برای آنکه بفهمند دهانه‌ی رحم شما در حال تغییر است یا نه، باید معاینه شوید. علاوه بر این، پزشکتان با وصل کردن دستگاه بررسی انقباض رحم به شما، میزان انقباضات‌تان را مشخص می‌کند (مانند دستگاهی که برای آزمایش بدون استرس انقباضی استفاده می‌شود ـ به فصل ۸ رجوع کنید).

انقباضات مربوط به درد زودرس زایمان منظم، ثابت، و اغلب ناراحت‌کننده است. معمولاً با احساسی مشابه با گرفتگی‌های عضلانی شدید در دوره‌ی ماهانه شروع می‌شود. (برخلاف انقباضات برکستون ـ هیکس که منظم و پایدار نیست، و معمولاً ناراحت‌کننده هم نیست.) درد زودرس زایمان همچنین می‌تواند با افزایش ترشح مخاطی، خونریزی و چکیدن مایع آمنیوتیک در ارتباط باشد. تشخیص سریع و به‌موقع درد زودرس زایمان، حائز اهمیت است. داروهایی که برای متوقف کردن درد زودرس تجویز می‌شود، در صورتی که دهانه‌ی رحم کمتر از ۳ سانتیمتر باز شده باشد، به‌خوبی مؤثر واقع می‌شود. اگر درد زایمان بعد از ۳۵ هفتگی اتفاق بیفتد، احتمالاً پزشکتان در متوقف کردن انقباضات شما کاری انجام نمی‌دهد، مگر در شرایط نادر (مانند عدم کنترل دقیق دیابت).



چنانچه متوجه انقباضات منظم، ناراحت‌کننده و مداوم شدید (بیش از ۵ یا ۶ بار در ســاعت) و هنوز ۳۵ تا ۳۶ هفته از بارداریتان نگذشــته است، با پزشک خود تماس بگیرید. تنها راه برای تشخیص اینکه با درد زودرس مواجه شده‌اید یا نه، انجام معاینه است. همچنین اگر فکر می‌کنید دچار پارگی غشاء (پاره شدن کیسه‌ی آب) شده‌اید، یا با هرگونه خونریزی مواجه شــدید، فوراً به پزشک خود تلفن کنید. برای جزئیات بیشتر به مبحث درد زودرس زایمان، فصل ۱۵ رجوع کنید.

زمانی که بچه دیر می‌کند

فکر می‌کنید ۴۰ هفتگی تقریباً زمانی مشخص برای به‌دنیا آمدن بچه است. ولی در حقیقت، فقط در حدود ۵ درصد از خانم‌ها در تاریخ زایمان خود وضع حمل می‌کنند. هشتاد درصد بین ۳۷ تا ۴۲ هفتگی وضع حمل می‌کنند، که دوره‌ی کامل در نظر گرفته شده است. ده درصد حتی تا ۴۲ هفتگی هم وضع حمل نمی‌کنند. به این بارداری‌ها، بارداری‌های به تعویق افتاده یا دیرتر از دوره گفته می‌شود. زمانی، این بارداری‌ها اغلب فقط به‌خاطر تخمین نادرست زمان زایمان بود. ولی امروزه، با گسترش استفاده از سونوگرافی، تعیین تاریخ زایمان کاملاً دقیق است. مخصوصاً سونوگرافی‌ای که در سه‌ماهه‌ی اول انجام می‌شود، بسیار دقیق است؛ معمولاً سه یا چهار روز جابه‌جا می‌شود. ولی برخلاف آن، سونوگرافی در سه‌ماهه‌ی سوم ممکن است دو تا سه هفته تفاوت داشته باشد.

آماده شدن برای رفتن به بیمارستان

اکنون به زمان زایمان خود بسیار نزدیک شده‌اید و باید مطمئن باشید برای بیرون رفتن از خانه و رفتن به بیمارســتان آماده‌اید. احتمالاً مایل نیســتید صبر کنید در دقیقه‌ی آخر ساک خود را ببندید، و فرصت هم ندارید که سر راه در جلوی مغازه‌ای توقف کنید تا یک صندلی ماشین بخرید. اگر اکنون این اقلام ضروری را از فهرست کارهای قبل از زایمان تهیه کنید، احساس راحتی می‌کنید تا به چیزهای با اهمیت‌تری فکر کنید، مانند ۴۳۷ بار رفتن به دستشویی در روز.

ساک خود را ببندید

بسیاری از خانم‌ها از اینکه بدانند ساکشان برای رفتن به بیمارستان یا زایشگاه بسته شده، احساس راحتی می‌کنند. آماده کردن ساک برای شما امکان تمرکز را برای مشاهده‌ی علایم درد زایمان میسر و در رفع نگرانی برای آماده بودن کمک می‌کند.

نکته

شاید مایل باشید در هنگام درد زایمان، چیزهایی دم دست خود داشته باشید، از جمله موارد زیر:

- ✓ **دوربین.** فیلم و باتری را فراموش نکنید.
- ✓ **تلفن همراه یا کارت تلفن.** دفترچه‌ی تلفن خود را با شماره‌ی تلفن‌های همراه، خانه و محل کار به همراه داشته باشید.
- ✓ **کارت یا دفترچه‌بیمه.** کارت خود را فراموش نکنید.
- ✓ **جوراب.** احتمالاً پاهای شما یخ می‌کند، بنابراین به فکر آن باشید.
- ✓ **عینک.** کمتر از لنز در طول درد زایمان دردسر دارد.
- ✓ **یک غذای ساده برای همسر یا همراه خود.** شما که نمی‌خواهید برای رفتن به تریای بیمارستان تنهایتان بگذارد.
- ✓ **آب‌نبات‌های سفت یا آب‌نبات چوبی.** ممکن است مجبور شوید مدتی را بدون خوردن یا نوشیدن سپری کنید.
- ✓ **یک چیزی که همسرتان بتواند در طول درد، پشت شما را با آن ماساژ بدهد.** بعضی از مردم متوجه شده‌اند که یک توپ تنیس، یک غلتک رنگ باریک، یا یک وردنه‌ی سبک می‌تواند مؤثر باشد.
- ✓ **رادیو یا ضبط‌صوت یا سی دی پخش کن.** اگر فکر می‌کنید موسیقی به شما آرامش می‌دهد، کاست‌ها یا سی‌دی‌های مورد علاقه‌ی خود را فراموش نکنید.
- ✓ **سکه برای پارکومترها، تلفن‌ها، یا دستگاه‌های سکه‌ای.** نمی‌دانید آدم چه موقع به چند سکه احتیاج پیدا می‌کند (امیدواریم پزشک شما نباشد).

نکته

بعد از زایمان، چند نوع اقلام دیگری، زندگی شما را آسان‌تر، راحت‌تر یا جالب‌تر می‌کند:

- ✓ یک غذای سبک برای بعد از زایمان
- ✓ نوار بهداشتی‌های مدرن و چسب‌دار
- ✓ لباس‌زیر نخی محکم که لک پس ندهد
- ✓ یک کت حوله‌ای و لباس خواب
- ✓ لوازم آرایشی
- ✓ کفش‌های بزرگ‌تری که اندازه‌ی پاهای ورم کرده‌ی شما باشد

- ✓ لباس‌های گشاد و راحت برای رفتن به خانه
- ✓ لباس برای بچه ـ یا بچه‌هایتان برای رفتن به خانه
- ✓ یک صندلی ماشین برای نوزاد

انتخاب ـ و استفاده از ـ یک صندلی ماشین

خرید یک صندلی ماشین برای فرزندتان، یکی از مهم‌ترین ولی سردرگم‌کننده‌ترین خریدهایی است که باید انجام دهید. انتخاب‌های متعددی پیش روی شماست، بنابراین اطلاع از آنچه به‌دنبالش هستید، اهمیت زیادی دارد. اساساً، می‌توانید دو نوع موجود را برای نوزادان انتخاب کنید:

- ✓ **صندلی مخصوص فقط برای نوزاد:** برای بچه‌هایی طراحی شده است که کمتر از ۱۰ کیلوگرم وزن دارند. این صندلی نسبت به نوع جایگزین‌شده‌ی آن، کوچک‌تر و سبک‌تر است و فقط باید در وضعیت رو به پشت استفاده شود. (صندلی‌ای که رویش به سمت عقب است، برای نوزادان ضروری است، زیرا از کمر، گردن، و سر بچه در صورت بروز تصادف محافظت می‌کند.) این نوع صندلی راحت‌تر نیز هست، زیرا سبک است و می‌توان از آن برای حمل نوزاد یا به‌عنوان صندلی غذا یا یک ننو نیز استفاده کرد.
- ✓ **صندلی قابل تغییر یا مخصوص نوزاد ـ نوپا:** این نوع صندلی ماشین معمولاً بزرگ‌تر از صندلی مخصوص نوزادان است. تا زمانی که کودک یک‌ساله شود یا در حدود ۱۰ کیلوگرم وزن پیدا کند، از آن در وضعیت رو به پشت استفاده کنید. بعضی مدل‌ها برای استفاده به طریق رو به پشت، دارای محدودیت وزنی از ۱۵ تا ۱۶ کیلوگرم است. مزیت این نوع صندلی آن است که به‌جای خرید دو صندلی، یک صندلی می‌خرید و بعد از یک‌سالگی وضعیت صندلی را تغییر می‌دهید.

هنگام خرید باید دنبال چه چیزی باشید؟ سعی کنید مدلی پیدا کنید که استفاده از آن آسان باشد. به قیمت آن هم توجه داشته باشید، زیرا صندلی‌های گران‌تر لزوماً بهتر نیست. اگر یک صندلی قابل تغییر انتخاب می‌کنید، سعی کنید قبل از آنکه رسیدِ آن را دور بیندازید، مطمئن شوید که هم از سمت جلو و هم عقب اندازه باشد. همچنین، به نحوه‌ی نصب ساده‌ی آن هم توجه داشته باشید ـ لازم نیست برای آنکه صندلی را درست نصب کنید، یک مهندس مکانیک باشید. موارد زیر نیز در انتخاب صندلی ماشین اهمیت دارد:

- ✓ تسمه‌های ایمنی در پنج نقطه با بندهایی که از جلو تنظیم شود
- ✓ محافظ زیاد برای سر و گردن
- ✓ یک صندلی که به راحتی تمیز شود

پس از انتخاب، ممکن است مایل باشید قبل از بیرون بردن بچه برای اولین ماشین سواری‌اش، صندلی را در داخل ماشین خود محکم کنید. به‌خاطر داشته باشید فرزند شما باید در وضعیت نیمه‌خوابیده (در حدود زاویه‌ی ۴۵ درجه) با تسمه‌هایی که به راحتی روی بدن او بسته می‌شود، سوار ماشین بشود.

اگر می‌خواهید روی بچه را بپوشانید، ابتدا قلاب تسمه را ببندید، و بعداً یک پتو روی او بیندازید. ممکن است قرار دادن پتو در زیر تسمه‌ی مهار، یا حتی لباس‌های ضخیم مانند لباس اسکی، تسمه را زیاد شل کند.

اگر فرزند شما نارس است، از دکتر خود بپرسید که آیا لازم است قبل از خرید صندلی، بچه را درون آن امتحان کنید یا نه. نوزادان نارس بیشتر در معرض دوره‌های آپنه (خفگی) یا راکد شدن ضربان قلب در صندلی ماشین قرار می‌گیرند. ممکن است لازم باشد از چند حوله‌ی لوله‌شده یا پوشک، در هر سمت از سر بچه استفاده کنید تا از افتادن سر و گردن او جلوگیری کند.

فصل ۸

آشنایی با آزمایش‌های دوران بارداری

در این فصل

- نگاهی به آزمایش‌های سه‌ماهه‌ی اول برای بررسی ژنتیکی
- بررسی آزمایش‌هایی که ممکن است در سه‌ماهه‌ی دوم با آن‌ها مواجه شوید
- رسیدن به مرحله‌ی پایانی: آزمایش‌های سه‌ماهه‌ی سوم

«موفقیت» در آزمایش بارداری در منزل فقط جزئی از قضیه است. نه ماه آتی با انواع آزمایش‌هایی همراه است که برای اطمینان از سلامت شما و بچه در نظر گرفته شده است. پزشک شما ممکن است اکثر این آزمایش‌ها را برای تمام زنان باردار توصیه کند، ولی برخی از آن‌ها اختیاری است و نیاز به انجام آن‌ها براساس عوامل خطرزای خاصی در نظر گرفته می‌شود. درست همان‌طور که در موقع امتحان در مدرسه مضطرب می‌شدید، ممکن است قبل از انجام آزمایش دوران بارداری نیز اضطراب داشته باشید. خاطرجمع باشید به احتمال زیاد با موفقیت از آن «عبور» می‌کنید.

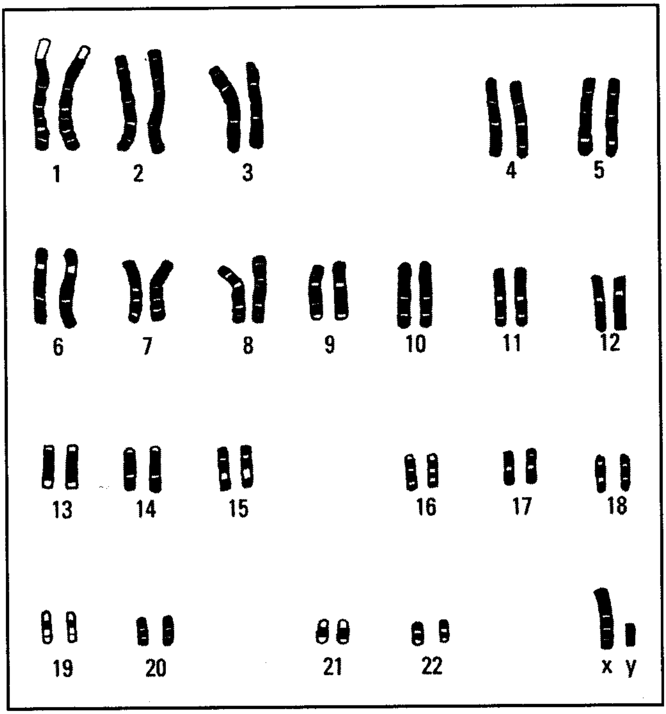
در نظر گرفتن آزمایش‌های تشخیصی دوران بارداری در سه‌ماهه‌ی اول

ممکن است بنا بر سن، سابقه‌ی پزشکی و بیماری‌های زنان و زایمان، سابقه‌ی خانوادگی، و عوامل دیگری مایل به انجام آزمایش‌های بیشتری باشید که برای تشخیص بیماری‌های ژنتیکی یا بیماری‌های دیگری انجام می‌شود. تعدادی از این آزمایش‌ها از جمله نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی (CVS)، آمنیوسنتز، و نمونه‌برداری از خون جنین است. نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی و آمنیوسنتز در اوایل دوران بارداری، تنها آزمایش‌هایی است که در طول سه‌ماهه‌ی اول قابل انجام است.

نکات فنی

این آزمایش‌های دوران بارداری، شامل بررسی کروموزوم‌های به‌وجودآمده‌ی بچه است. کروموزوم‌ها حامل اطلاعات ژنتیکی است که مشخصات فردی را تعیین می‌کند.

افــراد به‌طور عادی ۴۶ کروموزوم دارند ـ ۲۳ کرومــوزوم از مادر و ۲۳ کروموزوم از پدر به ارث برده می‌شــود (به شکل ۱-۸ نگاه کنید). این ۲۳ کروموزوم از هرطرف داخل هسته‌ی هر سلول انسان جفت می‌شود. بیست و دو جفت از این کروموزوم‌ها، به‌عنوان اتوزوم شناخته شده که کروموزوم‌هایی است که به جنسیت مربوط نیست. بیست و سومین جفت از کروموزوم‌ها، کروموزوم‌های جنسی است، که می‌تواند XX (دختر) یا XY (پسر) باشد.



شکل ۱-۸: یک نمونه‌ی واقعی از کروموزوم‌های انسان

زن دو کرومــوزوم X دارد، بنابراین تنهــا می‌تواند کروموزوم X به فرزند خود بدهد. مرد یک کروموزوم X و یک کروموزوم Y دارد که بنابراین می‌تواند هردوی آن‌ها را به فرزند خود بدهد. همان‌طور که می‌بینید، جنســیت بچه را مرد تعیین می‌کند، بنابراین می‌دانید که اگر صاحب یک دختر کوچولو یا پســر کوچولویی نشــدید که امیدوار به داشتنش بودید، چه کسی را باید سرزنش کنید!

ناهنجاری‌های خاص در تعداد کروموزوم یا ساختار آن، به بروز مشکلاتی در بچه منجر می‌شــود. برای مثال، سندرم دان، که یکی از شایع‌ترین ناهنجاری‌های کروموزومی است و با عقب‌افتادگی ذهنی شدید مرتبط است، در صورتی بروز می‌کند که جنین یک کروموزوم ۲۱ اضافی داشته باشد. (به این بیماری تریزومی ۲۱ نیز گفته می‌شود،

زیرا جنین سه کروموزوم ۲۱ دارد.) آمنیوسنتز، نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی، و آزمایش‌های دیگر با به‌دست آوردن تصویر بزرگ‌شده‌ی کروموزوم‌های فردی که به آن کاریوتیپ گفته می‌شود، چنین ناهنجاری‌هایی را در تعداد و ساختار کروموزوم‌ها تشخیص می‌دهد (به شکل ۱-۸ نگاه کنید). به‌علاوه، اگر یک زوج در معرض خطر شناخته‌شده‌ای برای داشتن فرزندی با یک بیماری ژنتیکی باشند که به خانواده‌ی زوج یا گروه نژادی آن‌ها مربوط می‌شود، (مثلاً تای ـ سش یا فیبروز کیستی)، پزشک همچنین می‌تواند با استفاده از اطلاعاتی که در طی این مراحل آزمایش به‌دست می‌آید، چنین بیماری‌هایی را آزمایش کند. به هرحال، تا زمانی که زوجی به‌طور خاص در معرض یکی از اختلالات نادر ژنتیکی نباشند، پزشک به‌طور عادی این آزمایش را انجام نمی‌دهد. کروموزوم‌ها فقط برای تعداد و ساختار کنترل شده است.

بنا به سنت، به زنانی که ۳۵ سال یا بیشتر دارند (یا در زمان زایمان ۳۵ ساله می‌شوند)، پیشنهاد می‌شود آزمایش دوران بارداری برای کنترل کروموزوم‌های جنینی انجام بدهند. ۳۵ سالگی، سن هدف است، چرا که خطر بروز ناهنجاری‌های کروموزومی در جنین زن، پس از ۳۵ سالگی به شدت افزایش می‌یابد. در این سن احتمال خطر سقط در اثر این آزمایش، برابر است با احتمال خطر وجود ناهنجاری در جنین. اما هرچند خطر وجود ناهنجاری کروموزومی برای زنان کمتر از ۳۵ سال بسیار پایین‌تر است، اغلب کودکان با سندرم دان، از مادران زیر ۳۵ سال متولد شده‌اند، و دلیل ساده‌ی آن این است که تعداد زایمان‌های زیر ۳۵ سال، بسیار بیشتر از زایمان مادران بالاتر از ۳۵ سال است. تعیین سن هدف ۳۵، در همه‌ی کشورها تأیید نمی‌شود. مثلاً در بریتانیا، به زن‌های ۳۷ ساله و بالاتر، پیشنهاد انجام آزمایش‌های کروموزومی می‌شود.

حتی در میان زنانی که در خطر مشکلات کروموزومی جنینی قرار دارند، برخی تصمیم می‌گیرند آزمایش‌ها را انجام ندهند، یا به این دلیل که نمی‌خواهند خطر سقط ناشی از این آزمایش‌ها را بپذیرند، و یا به خاطر اعتقادات شخصی‌شان در مورد خاتمه بخشیدن به بارداری.

نکته

حتی اگر در صورت وجود ناهنجاری کروموزومی، خاتمه‌ی بارداری مورد نظر شما نیست، آگاهی قبلی از وجود ناهنجاری در جنین، به شما فرصت می‌دهد شرایط را برای کودکی با نیازهای خاص، فراهم کنید.

حفظ کنید

اگر زیر ۳۵ سال دارید و هنوز می‌خواهید جنین خود را از نظر ناهنجاری‌های کروموزومی بررسی کنید، این حق را دارید. اما ممکن است شرکت بیمه‌ی شما هزینه‌ی آن را پوشش ندهد (که ممکن است به چند صد دلار یا بیشتر برسد). به تمام زن‌ها پیشنهاد می‌شود آزمون‌های غربالگری را از نظر سندرم دان پشت سر بگذارند. این

آزمون سنتی شامل یک آزمایش خون به نام غربالگری سه‌گانه است که مواد خاصی را اندازه می‌گیرد که در سنجش خطر وجود سندرم دان در نوزاد کمک می‌کند. (این آزمون را در همین فصل، در قسمتی به نام «غربالگری دوگانه، سه‌گانه و حالا چهارگانه برای سندرم دان» بررسی می‌کنیم.) تفاوت میان آزمون غربالگری و آزمون تهاجمی به منظور تشخیص پیش از زایمان، این است که در غربالگری خطر سقط وجود ندارد، چرا که فقط شامل یک آزمایش خون ساده یا سونوگرافی است که بر روی مادر انجام می‌شود. آزمون غربالگری نمی‌تواند وجود یک اختلال کروموزومی را صد درصد تعیین کند، در حالی که آزمون تهاجمی این دقت را دارد.

نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی

پرزهای کوریونی، زایده‌هایی نازک و جوانه‌مانند از بافت است که جفت را تشکیل می‌دهد. از آنجا که سلول‌های آن از تخم بارور به وجود آمده است، همان کروموزوم‌ها و ساختار ژنتیکی سلول‌های تشکیل‌دهنده‌ی جنین را دارد. با بررسی نمونه‌ای از پرزهای کوریونی،پزشک متوجه می‌شود کروموزوم‌ها از نظر تعداد یا ساختار، طبیعی است یا نه، جنس جنین چیست، و آیا بیماری‌های خاصی دارد یا نه.

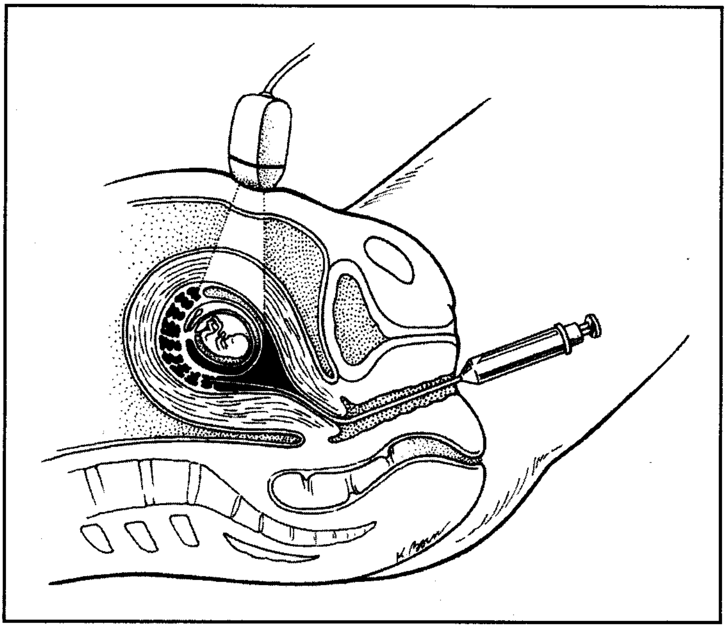
پزشک شما نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی (CVS) را با خارج کردن بافت جفت (که حاوی پرزهای کوریونی است)، از طریق سرنگی که از دیواره‌ی شکم وارد می‌شود (CVS شکمی) یا با قرار دادن یک سوند قابل انعطاف از طریق دهانه‌ی رحم (CVS دهانه‌ی رحمی، به شکل ۲-۸ نگاه کنید)، بنا بر محلی که جفت در رحم قرار گرفته و شکل و وضعیت کلی رحم انجام می‌دهد. دکتر از دستگاه سونوگرافی به‌عنوان راهنما در اجرای این روش استفاده می‌کند. سپس بافت را زیر یک میکروسکوپ آزمایش می‌کند، و سلول‌ها را برای کشت و تکثیر به آزمایشگاه می‌فرستد.

CVS نیز مانند آمنیوسنتز، تا حدودی خطر سقط جنین را افزایش می‌دهد ـ در حدود ۰/۵ تا ۱ درصد. روش CVS نسبت به روش‌های دیگر پرخطرتر نیست. فردی که آزمایش را انجام می‌دهد، باید در انجام این روش بسیار باتجربه باشد. تجربه در کاهش خطر سقط جنین مؤثر است.

نتایج CVS به‌طور بارز ظرف ۷ تا ۱۰ روز آماده می‌شود. مزیت اصلی CVS نسبت به آمنیوسنتز این است که می‌تواند اطلاعات دوران بارداری را زودتر فراهم کند. این عامل زمان برای برخی از خانم‌ها که احساس می‌کنند سقط جنین در صورت وجود ناهنجاری‌های حاد اختیاری است، حائز اهمیت است.

برخلاف آمنیوسنتز، CVS قادر به اندازه‌گیری AFP (آلفا فتو پروتئین «آلفا پروتئین جنینی»، برای اطلاعات بیشتر به بخش « آزمایش در سه‌ماهه‌ی دوم» نگاه کنید) نیست. به هرحال، پزشک می‌تواند این اندازه‌گیری را با گرفتن خون مادر در ۱۵ تا ۱۸ هفتگی در دوران بارداری انجام دهد.

حفظ کنید در صورتی که تحت نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی قرار می‌گیرید و دارای ارهاش منفی هستید، باید بعد از اتمام کار، برای جلوگیری از ابتلا به بیماری ارهاش، آمپول روگام تزریق کنید. (به فصل ۱۵ رجوع کنید).



شکل ۲-۸: دکتر شما در روش CVS از طریق دهانه‌ی رحم با استفاده از یک سوند قابل انعطاف، آن را در دهانه‌ی رحم قرار می‌دهد تا مقدار کمی از بافت جفت را با استفاده از سونوگرافی به‌عنوان یک راهنما خارج کند.

آمنیوسنتز در اوایل دوران بارداری

برای انجام آمنیوسنتز، دکتر سرنگ نازکی را از طریق دیواره‌ی شکم داخل کیسه‌ی آمنیوتیک می‌کند تا مقداری از مایع آمنیوتیک را بیرون بکشد. سلول‌های گرفته‌شده از مایع را کشت می‌دهند، و اطلاعات مربوط به بیماری‌های ژنتیکی و ناهنجاری‌های کروموزومی به‌دست می‌آید. در روش قدیمی، آمنیوسنتز در ۱۵ تا ۲۰ هفتگی انجام می‌شد، ولی در روش جدیدتر می‌توان آن را در ۱۱ تا ۱۴ هفتگی انجام داد. مزیت

استقبال از یک روش آزمایشی جدید برای تشخیص سندرم دان در سه‌ماهه‌ی اول

نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی و آمنیوسنتز تنها آزمایش‌هایی است که می‌تواند اطلاعات دقیقی از کروموزوم‌های جنین در سه‌ماهه‌ی اول ارائه دهد. ولی محققان برای به‌وجود آوردن آزمایش‌هایی بی‌خطر، و غیرپیش‌رونده تلاش کرده‌اند که می‌تواند در تشخیص وضعیت جنین درصورتی که در معرض وجود مشکلات خاص، یا سندرم دان اولیه باشد، مؤثر واقع شود. محققان معتقدند با ترکیبی از اندازه‌گیری خاصی با سونوگرافی، که به آن شفافیت پشت گردنی گفته می‌شود، و انجام آزمایش‌های خونی خاص، می‌توان ۸۰ تا ۹۰ درصد از جنین‌های مبتلا را از طریق این بررسی تشخیص داد. این بررسی‌های آزمایشی معمولاً به‌طور تقریبی بین سن بارداری ۱۰ هفته و ۴ روز تا ۱۳ هفته و ۶ روز انجام می‌شود. در اینجا نحوه‌ی کار آن‌ها آورده شده است:

- ✓ **شفافیت پشت گردن:** این آزمایش با استفاده از سونوگرافی برای اندازه‌گیری منطقه‌ی پشت گردن جنین انجام می‌شود. تنها پزشکان، مخصوصاً افراد دوره‌دیده باید روش آزمایش شفافیت پشت گردن را انجام دهند. هنگامی که اندازه‌های شفافیت پشت گردن با آزمایش‌های خون ترکیب شود، دقت چنین آزمایش‌هایی افزایش می‌یابد.
- ✓ **بررسی سرم:** آزمایش‌هایی که سطح PAPP-A را کنترل می‌کند، ماده‌ای که توسط جفت تولید می‌شود، و hCG، هورمونی که در خون مادر وجود دارد، می‌تواند در بررسی سندرم دان در سه‌ماهه‌ی اول مؤثر باشد. این آزمایش خون معمولاً در همان روزی گرفته می‌شود که سونوگرافی برای اندازه‌گیری شفافیت پشت گردن انجام می‌شود.

برخی از دکترها نتایج بررسی آزمایش در سه‌ماهه‌ی اول را ظرف چند روز پس از انجام آن گزارش می‌کنند، در حالی که عده‌ای دیگر تا انجام آزمایش در سه‌ماهه‌ی دوم منتظر می‌مانند. آزمایشگاه‌های خاصی نتایج آزمایش در سه‌ماهه‌ی اول را (شفافیت پشت گردن و آزمایش‌های خون) با آزمایش‌های خون سه‌ماهه‌ی دوم ترکیب می‌کنند تا نتیجه‌ای از وجود خطر سندرم دان گزارش کنند. صبر تا زمانی که جواب آزمایش سه‌ماهه‌ی دوم برسد و تلفیق نتایج اول و دوم با یکدیگر، برای رسیدن به یک جواب در مورد خطر سندرم دان، احتمالاً بهترین روش است، زیرا شانس مثبت کاذب بودن نتیجه را کاهش می‌دهد. به‌هرحال، برخی از خانم‌ها ترجیح می‌دهند نتیجه‌ی آزمایش در سه‌ماهه‌ی اول هرچه زودتر گزارش شود، و سپس نتیجه‌ی آزمایش دوم به‌طور جداگانه گزارش شود. مزیت این روش آن است که اگر در بررسی آزمایش‌ها خطر زیادی برای سندرم دان وجود داشته باشد، شانس انجام نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی خود را برای اطلاع از صحت وجود مشکل خواهید داشت. حتی اگرچه احتمال یک آزمایش مثبت کاذب به این شیوه بالاتر است، هنوز نسبتاً پایین است ـ در حدود ۵ درصد است.

انجام زودتر آزمایش این است که نتایج زودتر به‌دست می‌آید. زیان آن این است که درصد بروز سقط جنین، هم بیشتر از آمنیوسنتز عادی است و هم بیشتر از نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی. به‌تازگی، تحقیقاتی که در کانادا و انگلستان انجام شده، به درصد وقوع بیشتری از پای چماقی در بچه‌هایی اشاره می‌کند که مادرانشان در اوایل دوران بارداری آمنیوسنتز انجام داده بودند. بنا بر همین دلایل، معتقدیم نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی، انتخاب بهتری در سه‌ماهه‌ی اول است و دلیل کم‌اهمیتی برای انجام آمنیوسنتز در اوایل دوران بارداری در هر زمان وجود دارد.

آزمایش‌های سه‌ماهه‌ی دوم

همان‌طور که فرزند شما رشد و تغییر می‌کند، دامنه و حدود آزمایش‌های احتمالی دوران بارداری نیز تغییر می‌کند. در سه‌ماهه‌ی دوم، احتمالاً یک یا دو آزمایش خون، و یک سونوگرافی انجام می‌دهید که در این مقطع، جنسیت فرزندتان نیز معلوم می‌شود.

آزمایش‌های خون در سه‌ماهه‌ی دوم

آزمایش‌های خونی که در زیر به آن اشاره شده است، معمولاً نتایجی طبیعی به‌دست می‌دهد، ولی اگر در نهایت آزمایش شما غیرطبیعی باشد، ممکن است به آزمایش‌های دیگری نیاز داشته باشید ــ شاید یک بررسی از طریق سونوگرافی. ولی به‌خاطر داشته باشید آزمایش‌های بعدی ضرورتاً به این معنا نیست که اشکالی در کار است ــ فقط پزشک دقت بیشتری برای اطمینان از روبه‌راه بودن اوضاع می‌کند.

آزمایش آلفا فتو پروتئین

MSAFP حروف اختصاری‌ای است که برای سرم مادری آلفا فتو پروتئین[1] استفاده می‌شود؛ پروتئینی که توسط جنین تولید می‌شود و در جریان خون مادر نیز جریان می‌یابد. دکترها برای کنترل میزان سرم مادری آلفا فتو پروتئین، معمولاً گاهی اوقات بین ۱۵ تا ۱۸ هفتگی، یک آزمایش خون ساده انجام می‌دهند. نتیجه‌ی آزمایش متأثر از وزن، نژاد، و وجود دیابت از قبل است؛ بنابراین باید برای آن عوامل تنظیم شده باشد. یک سرم مادری آلفا فتو پروتئین بالا، مضرب عدد میانی‌اش بیش از ۲/۰

۱. نوعی پروتئین پلاسما که در کبد جنین، کیسه‌ی زرده و مجرای معدی ـ روده‌ای تولید می‌شود. م.

یا ۲/۵ توصیف شـــده اســـت، یا مضرب عدد میانی برای خانم‌هایی که تنها یک بچه باردارند و مضرب عدد میانی بیشـــتر از ۴/۰ یا ۴/۵، برای مادرانی که دوقلو باردارند. اندازه‌گیری در سه‌قلویی و چهارقلویی، هنوز به‌خوبی بررسی نشده است.

سرم مادری آلفا فتو پروتئین معمولاً به وجود خطر برای مشکلات خاص اشاره می‌کند و ممکن است به موارد زیر هم اشاره کند:

- ✓ برآورد کمتر از حد سن جنین (چند ماه دارید)
- ✓ وجود دوقلو یا بیشتر
- ✓ خونریزی که ممکن است پیشتر در دوران بارداری اتفاق افتاده باشد
- ✓ نقایص لوله‌ی عصبی (اسپینا بیفیدا، آنانسفالی، و غیره.) (به «آگاهی نسبت به نقایص لوله‌ی عصبی» نگاه کنید که در داخل خطوط بسته آمده است.)
- ✓ نقایص دیواره‌ی شـــکمی (بیرون افتادگی محتویات شکم جنین به‌واسطه‌ی وجود نقصی در دیواره‌ی شکم.)
- ✓ بیماری ارهاش (به فصل ۱۵ رجوع کنید) یا شرایط دیگری که با ادم جنینی (تجمع غیرطبیعی مایع در جنین) مربوط باشد
- ✓ خطر مضاعف برای کم‌وزنی در هنگام تولد، مسمومیت بارداری، یا مشکلات دیگر (به فصل ۱۵ رجوع کنید)
- ✓ یک بیماری نادر کلیوی در جنین که به‌عنوان نفروز مادرزادی شناخته شده است
- ✓ مرگ جنینی
- ✓ سایر ناهنجاری‌های جنینی

نگران نباشید

به‌خاطر داشته باشید آزمایش سرم مادری آلفا فتو پروتئین، تنها یک بررسی آزمایشی است. اکثر خانم‌هایی که آزمایش سرم مادری آلفا فتو پروتئین آن‌ها بالاست، جنینی طبیعـــی دارند و به دوران بارداری خود به‌طور کاملاً طبیعی ادامه می‌دهند. تنها در حدود ۵ درصد از زنانی که آزمایش سرم مادری آن‌ها مثبت باشد، جنینی با نقص لوله‌ی عصبی دارند. از طرفی دیگر، آزمایش کامل نیست، و بنابراین به شناسایی تمام جنین‌های غیرطبیعی قادر نیست. برای کاهش خطر دریافت نتیجه‌ی مثبت کاذب (یعنی اینکه نتیجه‌ی آزمایش غیرعادی، ولی جنین طبیعی باشد)، آزمایش مثبت

مجدداً باید تکرار شود (مخصوصاً اگر در حدی جزئی بالا باشد یا زیر مضرب عدد میانی ۳/۰ باشد)، و یک سونوگرافی نیز باید انجام شود تا سن جنین محرز شود. در صورتی که جواب آزمایش مجدداً بالا یا بیشتر از مضرب عدد میانی ۳/۰ در اولین بررسی باشد، یک سونوگرافی دقیق باید انجام شود تا به‌دنبال هرگونه ناهنجاری‌های قابل‌تشخیص بگردند.

اگر دو آزمایش بالا از سرم مادری آلفا فتو پروتئین و یا یک آزمایش بسیار بالا دارید، ممکن است مایل باشید برای کنترل آلفا فتو پروتئین در مایع آمنیوتیک (به بخش «آزمایش با آمنیوسنتز»، بعداً در این فصل رجوع کنید)، آمنیوسنتز انجام دهید. پزشک همچنین می‌تواند مایع آمنیوتیک را از نظر وجود ماده‌ای به نام استیل کولین استراز[1] کنترل کند، که در صورتی که جنین نقص لوله‌ی عصبی باز داشته باشد، به‌وجود می‌آید (به داخل خطوط بسته «آگاهی نسبت به نقایص لوله‌ی عصبی» رجوع کنید). در اکثر موارد، آلفا فتو پروتئین مایع آمنیوتیک منفی است و دوران بارداری به‌طور طبیعی ادامه می‌یابد. برخی از مطالعات حاکی از آن است که به هرحال، آن دسته از زنانی که دارای سرم مادری آلفا فتو پروتئین غیرطبیعی‌اند و سپس آلفا فتو پروتئین مایع آمنیوتیک طبیعی است، ممکن است در معرض خطر درد زودرس زایمان، کم‌وزنی نوزادان در زمان تولد، یا فشار خون بالا باشند. در صورتی که با این الگو منطبق باشید، ممکن است دکترتان توصیه کند که هم شما و هم بچه، چه از طریق سونوگرافی و یا سایر آزمایش‌هایی که سلامت جنین را بررسی می‌کند، مانند آزمایش ضربان قلب جنین (به بخش «ارزیابی وضعیت سلامتی فرزند» بعداً در این فصل رجوع کنید)، بیشتر تحت نظر باشید. یادداشت‌برداری‌های خاص برای بررسی جنینی در هر دکتر نسبت به دیگری متفاوت است.

بررسی دوگانه، سه‌گانه و اکنون چهارگانه برای سندرم دان

آزمایش دیگری که با همان نمونه‌ی خون تهیه‌شده برای سرم مادری آلفا فتو پروتئین می‌توان انجام داد، یک آزمایش برای بررسی سندرم دان است ـ شایع‌ترین ناهنجاری کروموزومی در بچه‌ها. این آزمایش همچنین می‌تواند در تشخیص زنانی که در معرض خطر داشتن فرزندانی با ناهنجاری‌های کروموزومی‌اند، مانند تریزومی ۱۸ یا تریزومی ۱۳ (یک کروموزوم بیشتر در تعداد کروموزوم‌های ۱۸ یا ۱۳)، مؤثر باشد.

پزشک شما این آزمایش را با اندازه‌گیری دو، سه، یا چهار ماده در خون انجام می‌دهد:

---

۱. نوعی آنزیم است که در ماده‌ی خاکستری بافت عصبی گویچه‌های سرخ خون و صفحه‌ی محرک انتهایی ماهیچه‌های اسکلتی یافت می‌شود. م.

- ✓ سرم مادری آلفا فتو پروتئین
- ✓ hCG (گونادوتروپین کوریونی انسان)
- ✓ استریول (نوعی از استروژن)
- ✓ اینهیبین (ماده‌ای که جفت ترشح می‌کند)

آگاهی نسبت به نقایص لوله‌ی عصبی

دستگاه اعصاب مرکزی بچه مانند صفحه‌ی مسطحی از سلول‌ها آغاز می‌شود که در حالی که کامل می‌شود، به درون یک لوله وارد می‌شود. جلوی لوله، که در حدود روز ۲۳ از حیات بسته می‌شود، به مغز تبدیل می‌شود. انتهای دیگر لوله، که در حدود روز ۲۸ از حیات بسته می‌شود، به انتهای پایینی نخاع تبدیل می‌شود. در صورتی که به هردلیلی هریک از این دو انتها بسته نشود (هیچ کسی نمی‌داند چرا گاهی این اتفاق نمی‌افتد)، نقصی در لوله‌ی عصبی واقع می‌شود. شایع‌ترین نقایص لوله‌ی عصبی، اسپینا بیفیدا (حفره‌ای در ستون فقرات) و انانسفالی (فقدان جمجمه) و انسفالوسل (حفره‌ای در جمجمه) است. این نقایص به بروز ناهنجاری‌هایی در دستگاه عصبی مانند فلج، افزایش مایع در مغز، یا عقب‌ماندگی ذهنی منجر می‌شود. جنین‌های مبتلا به آنانسفالی بیش از چند روز پس از تولد زنده نمی‌مانند.

این‌ها همه بسیار هولناک است، ولی خوشبختانه، این نقایص بسیار نادر است. به این نقایص می‌پردازیم، زیرا در اکثر کشورها برنامه‌های بررسی برای کمک به تشخیص جنین‌هایی که ممکن است به یکی از این نقایص مبتلا باشند، در دسترس است و به این خاطر که می‌توانید برای کاهش احتمال داشتن فرزندی با نقص لوله‌ی عصبی، از توصیه‌ها پیروی کنید ــ مثلاً با مصرف فولیک اسید قبل از بارداری (به فصل ۱ رجوع کنید)، و با کنترل قند خون در صورتی که به دیابت مبتلایید.

در ایالات متحده، نقص لوله‌ی عصبی از هر ۱۰۰۰ نوزادی که به‌دنیا می‌آید، در حدود یک نفر اتفاق می‌افتد. درصد وقوع در انگلستان بیشتر است: از هر ۱۰۰۰ نوزاد، ۴ تا ۸ مورد است. در ژاپن درصد وقوع بسیار پایین و در حدود یک مورد از هر ۲۰۰۰ نوزاد است. هیچ کس علت تفاوت درصدهای وقوع را در کشورهای گوناگون نمی‌داند، ولی باید کاری برای تعامل میان محیط و ساختار ژنتیکی فرد انجام شود. اگر شما یا پدر فرزندتان دارای سابقه‌ی خانوادگی از نقایص لوله‌ی عصبی هستید، به پزشک خود اطلاع دهید، زیرا این مسئله تا حدودی خطر داشتن فرزندی با نقص لوله‌ی عصبی را برای شما افزایش می‌دهد، و می‌توانید در مورد انتخاب خود برای تشخیص قبل از زایمان (سونوگرافی یا آمنیوسنتز)، مشورت کنید. همچنین، در صورتی که قبلاً بارداری‌ای داشته‌اید که نقص لوله‌ی عصبی تشخیص داده شده بود یا سابقه‌ی خانوادگی از این بیماری دارید، میزان فولیک اسید مصرفی خود را در ابتدای دوران بارداری تا ۴ میلی گرم در روز افزایش دهید.

پزشک شما با استفاده از نتایج این آزمایش‌ها، برای محاسبه‌ی میزان خطر منگولیسم استفاده می‌کند. در خانم‌های زیر ۳۵ سال، آزمایش در حدود ۶۰ درصد از موارد موجود را برای منگولیسم تشخیص می‌دهد. (به عبارت دیگر، اگر ۱۰۰ زن حامل جنین‌های مبتلا به منگولیسم آزمایش بدهند، بیماری در حدود ۶۰ نفر از آنان تشخیص داده می‌شود.) با استفاده از بررسی چهارگانه (که شامل هر چهار عامل است) درصد تشخیص ممکن است به ۷۵ تا ۸۰ درصد برسد. این آزمایش فقط یک بررسی است، بنابراین حتی اگر نتیجه غیرطبیعی باشد، جنین در اکثریت موارد طبیعی است. در صورتی که آزمایش شما غیرطبیعی باشد، پزشک با شما در مورد امکان انجام آمنیوسنتز برای کنترل کروموزوم‌های بچه صحبت خواهد کرد.

نکته

برخلاف آزمایش برای نقایص لوله‌ی عصبی، که یک سرم مادری آلفا فتو پروتئین بالا به‌دست می‌دهد و اغلب در صورت غیرطبیعی بودن مجدداً تکرار می‌شود، آزمایش سه‌گانه (یا دوگانه) برای تشخیص منگولیسم نباید تکرار شود، زیرا فقط نتیجه‌ای با دقت کمتر فراهم می‌کند.

آزمایش قند

آزمایش قند آزمایشی است که برای تشخیص خانم‌هایی انجام می‌شود که ممکن است دیابت بارداری داشته باشند. در فصل ۱۶ به دلیل اهمیت درمان دیابت‌های دوران بارداری می‌پردازیم.

پزشک شما آزمایش را به این طریق انجام می‌دهد که ابتدا مخلوط گلوکزی بدمزه‌ای را به شما می‌دهد تا بنوشید (مزه‌ی آن مانند سودای بدون گاز است) و سپس، درست یک‌ساعت بعد، یک نمونه‌ی خون از شما می‌گیرد. او این نمونه را برای میزان وجود گلوکز (قند) در خون کنترل می‌کند. بالا بودن میزان آن حاکی از آن است که شما در معرض خطر دیابت بارداری قرار دارید.

آزمایش یک‌ساعته معمولاً بین ۲۴ تا ۲۸ هفتگی انجام می‌شود، اگرچه برخی از دکترها دوبار آن را انجام می‌دهند ــ یک‌بار در اوایل دوران بارداری و بار دیگر در ۲۴ تا ۲۸ هفتگی. در حدود ۲۵ درصد از متخصصان زایمان، تنها برای زنانی آزمایش می‌دهند که در معرض خطر دیابت بارداری قرار دارند. عوامل خطر، که در زیر آمده، گسترده است ــ در حدود ۵۰ درصد از تمام زنان باردار یکی از آن موارد را دارند:

- ✓ سن بارداری بیش از ۲۵ سال باشد
- ✓ نوزادی بسیار درشت در زایمان قبلی
- ✓ مرگ جنینی بدون دلیل قبلی

- ✔ دیابت بارداری در بارداری قبلی
- ✔ سابقه‌ی خانوادگی شدید از دیابت
- ✔ چاقی مفرط

اگر اولین بررسی آزمایش قند شما غیرطبیعی باشد، الزاماً به دیابت بارداری مبتلا نیستید. (به‌خاطر داشته باشید، این فقط یک آزمایش بررسی است.) پزشک شما به انجام آزمایش دیگری توصیه خواهد کرد؛ یک آزمایش سه‌ساعته که مشخص می‌کند دیابت بارداری واقعاً وجود دارد یا نه. آزمایش سه‌ساعته بدین طریق است که پس از آنکه شب چیزی نخوردید، نمونه‌ای از خون شما را می‌گیرند، یک مخلوط گلوکزی متفاوتی به شما می‌دهند تا بنوشید، و سپس خونتان را سه‌بار دیگر، ظرف یک، دو، و سه‌ساعت بعد می‌گیرند.بعضی از پزشکان توصیه می‌کنند خوردن ماکارونی یا برنج به مقدار بیشتر به مدت سه روز قبل از آزمایش (که به آن ذخیره‌ی کربوهیدرات گفته می‌شود)، برای آماده کردن بدن شما برای آزمایش مؤثر است.

در صورتی که دو سطح از چهار سطح خون در محدوده‌ی غیرطبیعی باشد، آزمایش مثبت ــ یا غیرطبیعی ــ قلمداد می‌شود. در صورتی که آزمایش شما برای دیابت بارداری مثبت باشد، دکتر، شما را تحت یک رژیم مخصوص قرار می‌دهد و تا پایان دوران بارداری، میزان قند خونتان را کنترل می‌کند. اگر با وجود رعایت این رژیم خاص میزان قند شما بالا باشد، ممکن است به تزریق انسولین یا داروی خوراکی برای کنترل قند خون خود نیاز داشته باشید. (برای اطلاعات بیشتر از این موضوع، به فصل ۱۶ رجوع کنید.)

شمارش کامل گویچه‌های خون (CBC)

بسیاری از متخصصان زایمان همزمان با آزمایش قند خون، شمارش کامل گویچه‌های خون را نیز انجام می‌دهند تا در صورت وجود کم‌خونی قابل توجه (کمبود آهن) یا انواع مشکلاتی که کمتر شایع هستند، مشخص شود. کم‌خونی در دوران بارداری شایع است، و بعضی از خانم‌ها باید آهن بیشتری مصرف کنند.

نگاهی به امواج صوتی: سونوگرافی

معاینه از طریق سونوگرافی ابزار مفید فوق‌العاده‌ای است که امکان دیدن بچه را در درون رحم برای شما و دکترتان میسر می‌کند. وسیله‌ای که به آن مبدل گفته

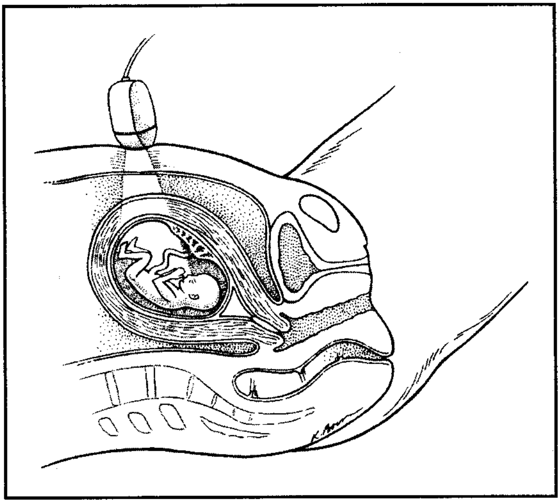
می‌شود، امواج صوتی را پخش می‌کند. امواج صوتی از جنین بازگردانده و به تصویری تبدیل می‌شـود که روی مانیتور ظاهر می‌شود. (عکس‌های سونوگرافی را در فصل ۲۱ ببینید.) می‌توانید تقریباً تمام ساختارهای بدن جنین را نیز ببینید، و می‌توانید مشاهده کنید که جنین به اطراف حرکت می‌کند و همه‌ی فعالیت‌های طبیعی خود را انجام می‌دهد ــ لگد زدن، تکان خوردن، و غیره. بهترین زمان برای دیدن آناتومی بچه، در حدود ۱۸ تا ۲۲ هفتگی است.

معاینه‌ی سونوگرافی آسیبی نمی‌رساند. پزشک شما یک ژل یا لوسیونی را روی شکم شما پخش می‌کند، و سپس مبدل را از روی ژل به اطراف حرکت می‌دهد (به شکل ۳-۸ نگاه کنید). لازم نیست مثانه پر باشد، زیرا مایع آمنیوتیکی که جنین را احاطه کرده است، مایع لازم را برای انتقال امواج صوتی برای ایجاد یک تصویر یا جزئیات واضح فراهم می‌کند. کیفیت تصویر، بنا بر میزان چربی مادری، بافت جوشگاهی[1]، و وضعیت جنین تفاوت می‌یابد.

سونوگرافی برای جنین مانند یک معاینه‌ی عمومی است. می‌تواند اطلاعاتی در مورد موارد زیر فراهم کند:

- ✓ تعداد بچه‌ها
- ✓ سن بارداری
- ✓ میزان رشد جنین
- ✓ وضعیت جنین، حرکت، و تمرینات تنفسی (جنین قفسه‌ی سینه و شکم خود را طوری حرکت می‌دهد که انگار هوا تنفس می‌کند)
- ✓ میزان ضربان قلب جنین
- ✓ مقدار مایع آمنیوتیک
- ✓ موقعیت جفت
- ✓ آناتومی جنین، از جمله تشخیص برخی از نقایص مادرزادی
- ✓ جنسـیت بچه (بعد از ۱۵ تا ۱۶ هفتگی)، اگر چه همیشـه نمی‌توانید آن را ببینید

۱. بافتی که مستقیماً از جوانه‌ی گوشتی به‌وجود آمده است. م.



شکل ۳-۸: یک آزمایش سونوگرافی که در طول سه‌ماهه‌ی دوم درحال انجام است.

ممکن است یک دکتر (متخصص زنان و زایمان، جنین‌شناس، یا رادیولوژیست) و یا یک تکنسین، سونوگرافی را انجام دهد.گاهی یک تکنسین بررسی اولیه را انجام می‌دهد، و دکتر بعداً وارد می‌شود تا تصاویر یا عکس‌های چاپ‌شده را کنترل یا بررسی کند. در اصل، معاینه‌گر ابتدا اندازه‌ی جنین را می‌گیرد و بعد آناتومی او را بررسی می‌کند. وسعت و میزان جزئیات معاینه از هر زن به زنی دیگر و از هر دکتر به دکتری دیگر تفاوت دارد. یک سونوگرافی مبسوط ساختارهای زیر را بررسی می‌کند:

- ✓ دست‌ها و پاها
- ✓ مثانه
- ✓ مغز و جمجمه
- ✓ صورت
- ✓ اعضای دستگاه تناسلی
- ✓ قلب، حفره‌ی قفسه‌ی سینه، و دیافراگم
- ✓ کلیه‌ها
- ✓ ستون فقرات
- ✓ معده، حفره‌ی شکمی، و دیواره‌ی شکم

فواصل مورد نیاز و انجام یا عدم انجام سونوگرافی، به عوامل خطرزا در شما، صلاحدید دکتر، و پوشش بیمه‌ای شما بستگی می‌یابد. برخی از دکترها توصیه می‌کنند تمام زنان باردار، در حدود ۲۰ هفتگی یک سونوگرافی انجام دهند. عده‌ای دیگر احساس می‌کنند اگر احتمال داشتن برخی مشکلات پایین است، ضرورتی بر

انجام آن نیست. در صورت بروز هریک از موارد زیر، ممکن است چندین بررسی سونوگرافی لازم شود:

- ✓ در صورتی که دوقلو یا بیشتر باردار باشید
- ✓ در صورتی که دکتر نسبت به سن جنین به زیاد بزرگ بودن یا زیاد کوچک بودن او مشکوک بشود
- ✓ در صورتی که دکتر نسبت به زیادی یا کمی بیش از حد مایع آمنیوتیک شما مشکوک شود
- ✓ در صورتی که در معرض درد زودرس زایمان یا نارسایی دهانه‌ی رحم قرار داشته باشید (به فصل رجوع کنید)
- ✓ در صورتی که به دیابت، فشار خون بالا، یا سایر شرایط پزشکی زیربنایی مبتلا باشید (به فصل ۱۶ رجوع کنید)
- ✓ در صورتی که خونریزی داشته باشید
- ✓ در صورتی که دکتر شما مایل به انجام یک شرح حال بیوفیزیکی باشد، که یک ارزیابی از سلامت جنین است و به حرکات، تمرینات تنفسی، حجم مایع آمنیوتیک، و عضله‌ی جنین (توانایی جنین در انقباض عضلات خود) توجه می‌کند

اخیراً، دکترها از سونوگرافی برای اندازه‌گیری دقیق دهانه‌ی رحم نیز در زنانی استفاده می‌کنند که در معرض خطر درد زودرس زایمان و نارسایی دهانه‌ی رحم قرار دارند. پزشک شما مبدلی را در مهبل قرار می‌دهد و طول دهانه‌ی رحم را اندازه‌گیری و شکل قسمت پایینی رحم را کنترل می‌کند.

مادران باردار می‌پرسند...

س: «آیا سونوگرافی بی‌خطر است؟»

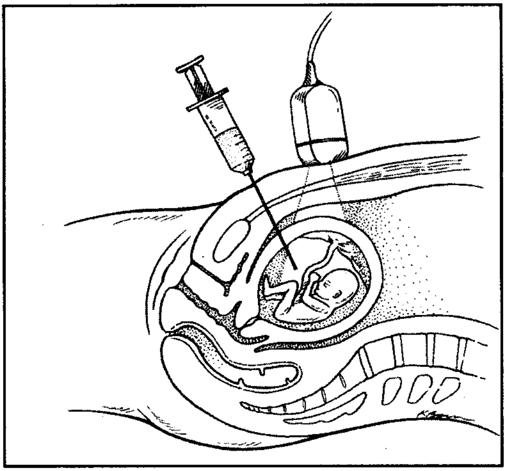
ج: این تکنولوژی بیش از ۳۰ سال است که به‌طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته، و اکثر مطالعات نشان داده است نتایج مضری برای مادر و بچه ندارد. علاوه بر این، اطلاعات به‌دست آمده از معاینه به طریق سونوگرافی نشان داده است که مزایای بسیاری برای سلامتی دارد؛ برای مثال، بیماری‌های خاصی (مانند انسداد خروجی مثانه) ممکن است در دوران بارداری درمان شود، و تشخیص بیماری‌های دیگر (مانند نقص قلب مادرزادی)، امکان برنامه‌ریزی را برای مراقبت در هنگام زایمان میسر می‌کند. تشخیص مشکلات مربوط به رشد جنین یا حجم مایع آمنیوتیک، به دکتر امکان می‌دهد در صورت نیاز به مراقبت شدید در دوران بارداری، اقدام کند.

آزمایش از طریق آمنیوسنتز

آمنیوسنتز آزمایشی است که با وارد کردن یک سرنگ نازک درون مایع آمنیوتیک و سپس بیرون کشیدن مقداری از مایع به داخل سرنگ انجام می‌شود (به شکل ۴-۸ نگاه کنید). مایع آمنیوتیک را سپس می‌توان به شیوه‌های مختلفی آزمایش کرد. در صورتی که پزشک شما یک آمنیوسنتز ژنتیکی ــ بررسی کروموزوم‌های جنین ــ انجام بدهد، معمولاً در ۱۵ تا ۲۰ هفتگی اقدام می‌کند. ممکن است پزشک شما به‌دلایل دیگری آمنیوسنتز را انجام بدهد، مانند کنترل تکامل ریه‌ها در بچه، که در هر زمانی بعداً در دوران بارداری قابل اجراست.

در طول مرحله‌ی آمنیوسنتز، به پشت بر روی یک میز دراز می‌کشید. یک پرستار یا دستیار پزشک، شکم شما را با محلول ید تمیز می‌کند. هنگامی که تصویر جنین و کیسه‌ی آمنیوتیک بر صفحه‌ی مانیتور سونوگرافی نمایان شود، دکتر یا تکنسین سونوگرافی سرنگ نازکی را از طریق شکم و رحم وارد کیسه‌ی آمنیوتیک می‌کند. پس از آنکه آزمایشگر به مقدار کافی از مایع آمنیوتیک بیرون کشید (معمولاً ۱۵ تا ۲۰ سی‌سی، یا ۱ تا ۲ قاشق غذاخوری)، سرنگ را بیرون می‌کشد.

تصور غلطی است که سرنگ از راه ناف وارد می‌شود. ولی این طور نیست. نقطه‌ی دقیق ورود سرنگ به جایی بستگی دارد که جنین، جفت، و کیسه‌ی آمنیوتیک در رحم قرار گرفته‌اند. شاید شنیده باشید سرنگ آمنیوسنتز بسیار بلند است، و شاید از سرنگ‌های بلند وحشت داشته باشید. ولی بلندی سرنگ، که امکان دستیابی به کیسه‌ی آمنیوتیک را فراهم می‌کند، باعث دردناک بودن آن نیست. قطر سوزن است که میزان ناراحتی و اذیت را تعیین می‌کند، و سوزن آمنیوسنتز بسیار نازک است.



شکل ۴-۸: عملیات آمنیوسنتز

روند کار اساساً بیشتر از یک تا دو دقیقه طول نمی‌کشد، ولی برای یک خانم مضطرب می‌تواند به اندازه‌ی یک قرن باشد. کمی ناراحت‌کننده است، ولی به‌طور وحشتناکی دردآور نیســت. بســیاری از خانم‌ها انقباض نسبتاً خفیفی در هنگام ورود سوزن به رحم احســاس می‌کنند و بعد یک احســاس ترسناک کشیدن، در حالی که مایع از طریق سرنگ بیرون کشیده می‌شــود. در نهایت آمنیوسنتز بدون درد نیست، ولی اکثر خانم‌ها گزارش می‌دهند به آن بدی هم که فکر می‌کردند نیســت. پس از آن دکتر به شــما توصیه می‌کند استراحت کنید و از فعالیت شدید و مقاربت به مدت یک تا دو روز خودداری کنید.

آمنیوسنتز ژنتیکی عمدتاً وجود ۲۳ جفت کروموزوم و طبیعی بودن ساختار آن‌ها را بررسی می‌کند. این کار یک آزمایش عادی برای تمام بیماری‌های احتمالی ژنتیکی یا نقایص مادرزادی نیســت. سلول‌های مایع آمنیوتیک باید قبل از آنکه دکتر نتایج آمنیوسنتز ژنتیکی را بخواند، تحت شرایط مساعد برای رشد قرار بگیرد. معمولاً نتایج ظرف مدت یک تا دو هفته به‌دست می‌آید.



اگر در بررســی‌های خون دوران بارداری مشخص شود دارای ارهاش منفی هستید، دکتر شما یک آمپول رگام (ایمونوگلوبولین ضد عامل ارهاش) به شما تزریق خواهد کرد، که از حساس شدن ارهاش جلوگیری می‌کند (به فصل ۱۵ رجوع کنید).

خطرات و عوارض جانبی آمنیوسنتز

البته تمام بیماران این نشانه‌ها یا مشکلات را بعد از آمنیوسنتز ندارند، ولی به‌خاطر داشته باشید ممکن است بروز کند:

- ✓ **گرفتگــی عضلانی:** بعضی از خانم‌ها برای چند ســاعت بعد از روند کار، با گرفتگــی عضلانی مواجه می‌شــوند. بهترین درمان بــرای این نوع گرفتگی عضلانی، اســتراحت است. برخی از پزشکان برای کمک به تسکین ناراحتی، یک گیلاس شراب توصیه می‌کنند.
- ✓ **لک‌بینی:** ممکن است یک یا دو روز ادامه داشته باشد.



- ✓ **نشت مایع آمنیوتیک:** در ۱ تا ۲ درصد از بیماران، چکیدن مایع آمنیوتیک به میزان ۱ تا ۲ قاشق چایخوری از طریق مهبل به‌وجود می‌آید. در اکثریت این موارد، غشای پرده ظرف ۴۸ ساعت بسته می‌شود، چکیدن متوقف شده و دوران بارداری به حالت عادی ادامه می‌یابد. در صورتی که با چکیدن زیاد یا مداوم مواجه شدید، با دکتر خود تماس بگیرید.

- ✓ **آسیب دیدگی جنین:** با توجه به استفاده از سونوگرافی، آسیب دیدن جنین بسیار نادر است.
- ✓ **سقط جنین:** اگرچه آمنیوسنتز به‌نظر بسیار مطمئن می‌رسد، ولی با وجود این تهاجمی است، و با خطر زیاد از بین رفتن بارداری در حدود نیم درصد در ارتباط است. (به این معناست، که خطر اولیه‌ی سقط جنین هنگامی که آمنیوسنتز انجام می‌دهید، از نیم درصد به یک درصد می‌رسد.)

تصمیم شما برای انجام این روند کار باید هم بر مبنای خطرات و هم مزایای آن سنجیده شود، که بنا بر هرفردی متفاوت است. مثلاً، یک خانم ۴۰ ساله که سابقه‌ی نازایی دارد، ممکن است مایل به انجام هرگونه آزمایشی نباشد که خطر سقط جنین را افزایش می‌دهد، حتی اگر در معرض خطر بیشتری برای به‌دنیا آوردن نوزادی با ناهنجاری‌های کروموزومی باشد. از طرفی دیگر، یک متخصص ۳۲ ساله‌ی بیماری‌های مادری ـ جنینی که هر روز بیمارانی را با انواع کثیری از مشکلات می‌بینند ـ ما به جوآن در دوران بارداری اولش فکر می‌کنیم ـ ممکن است تصمیم به انجام آمنیوسنتز بگیرد، حتی با وجودی که خطر داشتن جنینی با ناهنجاری‌های کروموزومی نسبتاً پایین باشد. در حقیقت، پایین‌تر از خطر سقط جنین به دلیل انجام آزمایش. آرامش خاطر ارزش خطر جزئی سقط جنین را برای او دارد.

حفظ کنید

آمنیوسنتزی که دیرتر در دوران بارداری انجام می‌شود ـ دیرتر از ۲۰ هفتگی خطر ـ سقط جنین به همراه ندارد. فقط خطری بسیار جزئی برای عفونت، پارگی پرده‌های جنینی (کیسه‌ی آب)، یا شروع درد زودرس زایمان دارد.

دلایل انجام آمنیوسنتز

پزشک شما ممکن است بنا بر بیماری‌ها یا شرایط زیر، به انجام یک آمنیوسنتز ژنتیکی توصیه کند:

- ✓ سن شما در زمان زایمان ۳۵ سال یا بیشتر باشد، که از یک کشور به کشوری دیگر تفاوت می‌یابد، و همچنین به تعداد بچه‌هایی که باردارید، بستگی دارد. مثلاً، اگر دوقلو باردارید، ممکن است پزشک شما در ۳۳ سالگی توصیه‌ی انجام آمنیوسنتز را بدهد.
- ✓ آزمایش سرم مادری آلفا فتو پروتئین شما بالا باشد (به بخش «آزمایش آلفا فتو پروتئین»، که پیشتر در این فصل به آن پرداختیم، رجوع کنید).

- ✓ نتایج غیرطبیعی از آزمایش منگولیسم داشته باشید.
- ✓ بررسی سونوگرافی شما غیرطبیعی باشد، مثلاً به رشد ضعیف جنین اشاره شده یا مشکوک به ناهنجاری‌های ساختاری بوده باشد.
- ✓ فرزند قبلی شما یا بارداری قبلی شما با ناهنجاری‌های کروموزومی همراه باشد.
- ✓ در معرض خطر داشتن فرزندی با بیماری ژنتیکی خاصی باشید.
- ✓ شما و همسرتان نگران هستید و مایلید طبیعی بودن کروموزوم‌ها برایتان محرز شود.

پزشک به دلایل دیگری نیز آمنیوسنتز را انجام می‌دهد،که شامل موارد زیر است:

- ✓ **درد زودرس زایمان:** وجود یک عفونت در مایع آمنیوتیک، باعث درد زودرس زایمان می‌شود. پزشک شما می‌تواند برای بررسی چنین عفونتی، مایع را به آزمایشگاه بفرستد. در صورتی که عفونت وجود داشته باشد، ممکن است دکترتان مایل باشد برای به حداقل رساندن آسیب به شما و بچه، بچه را فوراً به‌دنیا بیاورد.
- ✓ **سایر عفونت‌ها:** ممکن است بعضی از بیماران متوجه شوند در معرض خطر عفونت‌هایی مانند توکسوپلاسماز، CMV (سیتومگالوویروس)، یا پاروویروس هستند (به فصل ۱۶ رجوع کنید). مایع آمنیوتیک می‌تواند برای وجود هریک از چنین مشکلاتی در بیماران در معرض خطر، آزمایش شود.
- ✓ **حساس شدن ارهاش:** گاهی اوقات بیمارانی که حساسیت ارهاش دارند، با آزمایشی تحت عنوان دلتا OD-۴۵۰، آزمایش می‌شوند که در آن مایع آمنیوتیک از نظر فروپاشی گلبول‌های قرمز خون جنین، بررسی می‌شود. به فصل ۱۵ رجوع کنید.
- ✓ **بررسی تکامل ریه:** گاهی لازم است دکتر برای به‌دنیا آوردن بچه بداند ریه‌های او به اندازه‌ی کافی کامل شده یا نه. آزمایش‌های معینی بر روی مایع آمنیوتیک، می‌تواند تکامل ریه‌ها را تشخیص دهد.

سایر آزمایش‌های دوران بارداری و شیوه‌های دیگر

تمام آزمایش‌ها یا مراحلی که در این بخش آورده شده، در تمام بارداری‌ها انجام نمی‌شود ـ فقط هنگامی که مشکل خاصی وجود داشته باشد. درحقیقت، اکثر این

جبهه‌ی نوین: سونوگرافی ۳ بعدی و ۴ بعدی

برخی از مراکز سونوگرافی جنینی، اکنون دستگاه‌های مخصوصی با قابلیت نمایش تصاویر ۳ بعدی از جنین دارد، که به عنوان سونوگرافی ۳ بعدی شناخته شده است. سونوگرافی ۴ بعدی هم مشابه آن است، ولی به‌جای دیدن یک تصویر ۳ بعدی ساکن (بی‌تحرک)، می‌توانید حرکت جنین را هم ببینید. این دستگاه‌های سونوگرافی با فن‌آوری بالا همه‌جا در دسترس نیست، و هیچ اطلاعات پزشکی‌ای نشان نداده است سونوگرافی ۳ بعدی یا ۴ بعدی، در تشخیص مشکلات، بهتر از تصاویر معمولی ۲ بعدی است. به‌هرحال، ممکن است ویژگی‌های خاصی را در جنین بهتر ببینید، ازجمله صورت، دست‌ها، و پاها. همچنین بسیاری از خانم‌ها ممکن است با دیدن تصاویر ۳ بعدی جنین خود، با ارتباطی واقعی مواجه شوند. در صورتی که سونوگرافی ۳ بعدی یا ۴ بعدی در دسترس باشد، می‌توانید از این تجربه لذت برده و بهره‌مند شوید. اگر هم نه، احساس بدی نداشته باشید ـ شما خود بچه را با تمام چهار بعدش به‌زودی در زندگی واقعی خواهید داشت.

آزمایش‌ها به‌ندرت و معمولاً در مراکز طبی‌تخصصی جنینی انجام می‌شود. ممکن است به‌نظر هولناک بیاید، ولی آن‌ها را فقط برای اطلاع شما که در صورت بروز مشکل چه امکاناتی وجود دارد، ضمیمه می‌کنیم.

نمونه‌برداری از خون جنین

برای نمونه‌برداری از خون جنین ــ که به آن PUBS (نمونه‌برداری از خون بند ناف از طریق پوست) یا کوردوسنتز نیز گفته می‌شود ــ دکتر خون جنین را از بند ناف می‌گیرد. این آزمایش به دکتر شما امکان تشخیص سریع کروموزوم را در موقعیت بحرانی می‌دهد. ممکن است دکتر شما این آزمایش را برای تشخیص عفونت‌های جنینی، تشخیص کم‌خونی در جنین، یا برای تشخیص و درمان بیماری‌ای به نام ادم غیرمصونیت‌زا، که تجمع غیرعادی مایع در جنین است، انجام دهد. یک متخصص بیماری‌های مادری ـ جنینی این روش را با راهنمایی سونوگرافی انجام می‌دهد. روش کار شبیه به آمنیوسنتز است، با این تفاوت که دکتر سرنگ را مستقیماً به‌جای آنکه وارد مایع آمنیوتیک کند، وارد بندناف می‌کند. میزان خطرات پایین است، ولی عفونت، پارگی پرده‌های جنینی، یا از دست رفتن جنین نیز وجود دارد. (خطر از دست رفتن جنین یک درصد است.)

بعضی از جنین‌ها دچار کم‌خونی می‌شوند، که در رحم (درون زهدان) با انتقال مستقیم خون به بند ناف قابل درمان است. شرایطی که می‌تواند به کم خونی منجر شود، عبارت است از: عفونت‌های خاص (مانندپاروویروس)، بیماری‌های ژنتیک، یا مغایرت‌های گروه خونی خاص (به فصل ۱۵ رجوع کنید).



اکوکاردیوگرام جنینی

اکوکاردیوگرام جنینی اساساً یک سونوگرافی‌ای است که به قلب جنین توجه می‌کند. یک متخصص بیماری‌های مادری ـ جنینی، متخصص قلب کودکان، یا یک رادیولوژیست معمولاً این روش را انجام می‌دهد. در صورتی که سابقه‌ی دیابت یا سابقه‌ی خانوادگی از بیماری‌های قلبی مادرزادی داشــته باشید، یا در صورتی که سونوگرافی هرگونه علایمی را از ناهنجاری قلبی نشان دهد، ممکن است یک اکوی جنینی لازم شود. گاهی اوقات پزشک شما در صورتی که هرگونه مشکل ساختاری‌ای را در سونوگرافی مشــاهده کند، به انجام یک اکو از جنین توصیه می‌کند، زیرا ناهنجاری‌های قلبی اغلب با سایر نقایص مادرزادی مرتبط است.

مطالعات داپلر

از سونوگرافی می‌توان برای انجام مطالعات داپلر بر روی جنین و جریان خون بند ناف استفاده کرد. این مطالعات روشی برای ارزیابی جریان خون در دستگاه‌های عضوی گوناگون و همچنین در جفت اســت. مطالعه‌ی داپلر گاهی برای بررســی وضعیت سلامتی جنین‌هایی استفاده شده که دچار IUGR (محدودیت رشد داخل رحمی) هســتند. برای اطلاعات بیشتر در مورد محدودیت رشد داخل رحمی، به فصل ۱۵ رجوع کنید.

نگاهی به آزمایش‌های سه‌ماهه‌ی سوم

همچنان که دوران بارداری شــما به آخر می‌رســد، پزشک شما آزمایش‌هایی برای حصول اطمینان از وضعیت ســلامتی فرزندتان انجام می‌دهد. برخی از آزمایش‌ها، مانند کشت‌های گروه استرپتوکک ب، انجام شده، بنابراین مقیاس‌ها ممکن است برای جلوگیری از مشکلات خاص بررسی شود. سایر آزمایش‌ها، مانند آزمایش ضربان قلب جنین یا شرح حال بیوفیزیکی، انجام شده است تا از سلامت جنین اطمینان دهد.

انجام کشت‌های گروه B Strep

تنها آزمایش عادی‌ای که ممکن است در طول یکی از آخرین معاینات دوران بارداری شــما انجام شود، یک کشــت برای باکتری گروه B Strep است، که به‌طور شایع در مهبل و مقعد یافت می‌شود. در انجمن علمی، مباحثی مبنی بر انجام یا عدم انجام آزمایش بررســی گروه B Strep به‌طور عادی برای خانم‌ها مطرح می‌شود. برخی از متخصصان زنان و زایمان این آزمایش را در ۳۶ هفتگی انجام می‌دهند، ولی عده‌ای

دیگر نه. در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد از خانم‌ها این ارگانیسم را مخفی نگاه می‌دارند. در صورتی که کشــت در ۳۶ هفتگی مثبت باشــد، دکتر شما در طول درد زایمان، آنتی‌بیوتیک تجویز می‌کند تا خطر انتقال باکتری را به بچه کاهش دهد. درمان زودتر باکتری ممکن است مؤثر نباشد، زیرا می‌تواند در زمانی باز شود که درد زایمان شروع می‌شــود. در حال حاضر، هیچ آزمایشــی وجود ندارد که بتواند نتیجه را فوراً معلوم کند، بنابراین نمی‌توانید آزمایش گروه B Strep را در زمان درد زایمان انجام دهید، و باید جلوتر انجام شود.

اندازه‌گیری تکامل ریه

اگر برای تکرار یک زایمان ســزارین (به این معنی اســت که در بارداری قبلی خود سزارین انجام داده‌اید) یا القای درد زایمان در کمتر از ۳۹ هفتگی برنامه‌ریزی می‌کنید، برخی از پزشکان برای تثبیت تکامل ریه‌های جنین و آمادگی به کار، پیشنهاد انجام آمنیوسنتز را می‌دهند.



رایج‌ترین آزمایش انجام شده برای تکامل ریه نسبت L/S نام دارد، یعنی نسبت لسیتین به سفنگومیلین (هردوی آن‌ها موادی است که در مایع آمنیوتیک یافت می‌شود). اگر نسبت L/S ۲ یا بیشتر باشد، یا PG (فسفاتیدیل گلیسرول، ماده‌ای که از سلول‌های ریه‌ی کامل شده تولید می‌شود) در مایع آمنیوتیک وجود داشته باشد، ریه‌های بچه کامل در نظر گرفته می‌شود.

ارزیابی وضعیت سلامت فرزند شما

پزشک ممکن است در مواقع خاصی، پیشنهاد انجام آزمایش‌هایی را برای فرزند شما بدهد. این آزمایش‌ها، که مراقبت جنینی پیش از زایمان نیز گفته می‌شود، وضعیت ســلامت بچه را کنترل می‌کند. پزشک می‌تواند این آزمایش‌ها را از هر زمان بعد از ۲۴ تا ۲۶ هفتگی، در صورتی که دلایلی برای نگرانی وجود داشته باشد، یا پس از ۴۱ هفتگی در صورتی که زایمان نکرده باشید، انجام دهد. آزمایش‌های متعددی مورد استفاده قرار می‌گیرد، ما این آزمایش‌ها را در مباحث بعد توضیح می‌دهیم.

آزمایش بدون استرس انقباضی (NST)

آزمایش بدون استرس انقباضی شامل اندازه‌گیری ضربان قلب جنین، حرکت جنین، و فعالیت رحم به‌وسیله‌ی یک دستگاه بررسی مخصوص است. پزشک، شما را به این

دستگاه وصل می‌کند، که انقباضات رحمی و ضربان قلب بچه را می‌گیرد و نواری از هردوی آن‌ها فراهم می‌کند. آزمایش بدون استرس انقباضی، مشابه دستگاهی است که در طول درد زایمان، ضربان قلب جنین و انقباضات را کنترل می‌کند. همچنین دگمه‌ای در اختیار شـــما قرار داده می‌شود تا هربارکه متوجه حرکت جنین شدید، آن را فشـــار دهید. این مراقبت به مدت ۲۰ تا ۴۰ دقیقه ادامه دارد. دکتر ســـپس بـــرای علایم تندی[۱]، یا افزایش ضربـــان قلب جنین، به نوار نگاه می‌کند. در صورتی که تندی‌ها وجود داشته باشد و اغلب به مقدار کافی بروز کند، آزمایش واکنش‌پذیر قلمداد می‌شود، و جنین سالم به‌نظر می‌رسد و باید برای سه تا هفت روز ادامه یابد. (جنین در بیش از ۹۹ درصد موارد سالم است.) در صورتی که تندی‌ها کافی نباشد (به این معنی است که آزمایش واکنش‌ناپذیر است)، هنوز دلیلی برای هشدار ندارید. در ۸۰ درصد موارد جنین خوب است، ولی ارزیابی‌های بیشتری لازم است.

ممکن اســـت پزشک شـــما این آزمایش را (که معمولاً یک یا دو بار در هفته تکرار می‌شود) به دلایل متعددی انجام دهد، به‌خصوص زمانی که:

- ✓ از تاریخ زایمان شما گذشته باشد.
- ✓ بچه به‌خوبی رشد نکرده باشد.
- ✓ حجم مایع آمنیوتیک شما کاهش یافته باشد.
- ✓ فشار خون شما بالا باشد.

آزمایش استرس انقباضی (CST)

آزمایش اســـترس انقباضی مانند آزمایش بدون استرس انقباضی است، به‌جز اینکه ضربان قلب جنین در رابطه با انقباضات رحمی گرفته می‌شود. گاهی انقباضات به‌خودی خود به‌وجود می‌آید، ولی اغلب با تزریق مقدار کمی اکسی‌توسین[۲] (پیتوسین[۳]) یا از طریق تحریک نوک سینه به‌وجود می‌آید.

برای به‌وجود آوردن انقباضات، نوک سینه‌ی خود را در منزل تحریک نکنید. تحریک از طریق نوک سینه را فقط تحت نظارت دکتر خود انجام دهید، زیرا دکتر می‌خواهد شما را تحت نظر قرار دهد و مطمئن شود رحم بیش از اندازه منقبض نمی‌شود.

---

۱. تند شدن نبض یا تعداد تنفس. م.

۲. ماده‌ای که لب خلفی غده‌ی هیپوفیز ترشح می‌شود یا از طریق صناعی ساخته شده و دارای خاصیت تحریکی در انقباض عضله‌ی رحم است. م.

۳. نام تجارتی محلول اکسی‌توسین برای تزریق. م.

سه انقباض مناسب در مدت ده دقیقه لازم است تا آزمایش انجام شود. اگر ضربان قلـب جنین بعد از انقباضـات افت نکند، آزمایش منفی قلمداد می‌شـود، و به‌نظر می‌رسـد بچه حداقل برای یک‌هفته‌ی دیگر روبه‌راه باشـد. در صورتی که آزمایش مثبت (ضربان قلب جنین بعد از انقباضات افت کند) یا مشکوک باشد، پزشک شما موقعیت را بیشـتر بررسی می‌کند. رسیدگی خاص، به وضعیت خاص شما بستگی دارد. آزمایش اسـترس انقباضی در صورتی انجام می‌شـود که نتایج آزمایش بدون استرس انقباضی شما بی‌نتیجه باشد، یا اینکه دکتر به انجام آزمایش بیشتری برای وضعیت سلامتی جنین مایل باشد.

آزمایش اسـترس انقباضی نباید تحت شرایط خاصی انجام شود، از جمله در صورتی که مادر جفت سـرراهی داشـته (به فصل ۱۵ رجوع کنید) یا در معرض درد زودرس زایمان باشد.

شرح حال بیوفیزیکی (BPP)

شـرح حال بیوفیزیکی اغلب در عوض، یا علاوه بر آزمایش بدون استرس انقباضی، برای ارزیابی وضعیت سـلامت بچه انجام می‌شـود. اینکه چه آزمایشی انجام شود (شرح حال بیوفیزیکی یا آزمایش بدون استرس انقباضی) اغلب موضوعی است که به صلاحدید دکتر برمی‌گردد.

شرح حال بیوفیزیکی موارد زیر را ارزیابی می‌کند:

- ✓ حرکت جنین، که از طریق سونوگرافی مشاهده می‌شود
- ✓ عضلات بدن جنین، که از طریق سونوگرافی مشاهده می‌شود
- ✓ حرکات تنفسی جنین (حرکت قفسه‌ی سینه که حالت ظاهری تنفس است) از طریق سونوگرافی مشاهده می‌شود
- ✓ مقدار مایع آمنیوتیک، که از طریق سونوگرافی مشاهده می‌شود
- ✓ آزمایش بدون استرس انقباضی (به بخش «آزمایش بدون استرس انقباضی» که پیشتر در این بخش آمده است، رجوع کنید)

بچه برای هر ویژگی‌ای که طبیعی باشـد، ۲ امتیاز می‌گیرد. امتیاز کامل ۱۰ از ۱۰ اسـت. امتیاز بچه‌هایی که ۸ از ۱۰ یا بهتر باشـد، سالم قلمداد می‌شود. امتیاز ۶ از ۱۰، احتمالاً خوب است، ولی معمولاً آزمایش‌های بیشتری نیاز دارد. امتیاز کمتر از ۶ از ۱۰، به ارزیابی بیشتری نیاز دارد.

تحریک ارتعاشی

ممکن اســت دکتر شــما در طول انجام آزمایش بدون استرس انقباضی، یک تست تحریک ارتعاشی انجام بدهد، ولی واکنش جنین به تحریک از طریق صدا یا ارتعاش مشاهده شود. پزشک با یک دستگاه ارتعاشی روی شکم مادر، «صدای وزوزی» ایجاد می‌کند، که باعث انتقال صدا یا ارتعاش به جنین می‌شــود. به‌طور طبیعی هنگامی که جنین با این روش تحریک می‌شود، ضربان قلب او تند می‌شود. تحریک ارتعاشی اغلب می‌تواند زمان مورد نیاز را برای انجام آزمایش بدون استرس انقباضی کاهش دهد، زیرا تند شدن ضربان قلب را سریع‌تر مشاهده می‌کنید. این آزمایش اغلب در صورتی انجام می‌شــود که آزمایش بدون استرس انقباضی، بعد از ۲۰ تا ۳۰ دقیقه واکنش‌پذیر نباشد.

اندازه‌گیری سرعت جریان خون با داپلر

دکتر اندازه‌گیری سرعت جریان خون را با داپلر، تنها در شرایط خاصی انجام می‌دهد، در صورتی که مثلاً مشــکلات جنینی خاصی (مانند محدودیت رشد داخل رحمی، به فصل ۱۵ رجوع کنید) وجود داشته باشد، یا در صورتی که فشار خون بالا داشته باشید. اساساً، با این آزمایش، دکتر شما یک نوع بررسی سونوگرافی مخصوص انجام می‌دهد و سپس جریان خون را در بند ناف ارزیابی می‌کند.

بخش ۳

اتفاق بزرگ:

درد زایمان، وضع حمل، و بهبودی

موج پنجم اثر ریک تننت



«گفتند ممکن است یک هفته قبل از شروع درد زایمانِ او، متوجه تغییراتی بشویم. البته ۵ روز قبل، قیمت بنزین ۰/۰۶ سنت بالا رفت، ماشین چمن‌زنی من خراب شد، و پسری که آن طرف خیابان زندگی می‌کند، خانه‌اش را رنگ کرد.»

در این بخش...

و حالا لحظه‌ای است که انتظار آن را می‌کشیدید...

مانند خود دوران بارداری، زایمان نیز در صورتی که بدانید چه اتفاقی قرار است بیفتد، می‌تواند بدون دردسر طی شود. مثلاً، می‌توانید با آگاهی از روش‌های مختلف زایمان که ممکن است انجام دهید، یا انتخاب‌هایی که می‌توانید برای بیهوشی داشته باشید، بهره‌مند شوید. همچنین آگاهی پیشاپیش در مورد مراقبت از نوزاد می‌تواند مؤثر باشد. ما در فصل‌های این بخش، به جزئیات مربوط به زایمان و مراقبت از نوزاد پرداخته‌ایم. ما در این بخش قصد زیاده‌گویی نداریم، تنها به منظور آماده‌سازی شما برای اتفاق بزرگ، در حدی جامع به آن می‌پردازیم.

فصل ۹

عزیزم، فکر می‌کنم درد زایمانم شروع شده!

در این فصل

- تشخیص شروع درد زایمان
- پذیرش در بیمارستان یا زایشگاه
- مشاهده‌ی دقیق علایم حیاتی بچه در طول درد زایمان
- القای درد زایمان در شرایط خاص
- نگاهی به سه مرحله‌ی درد زایمان
- کنترل درد زایمان
- بررسی روش‌های متفاوت زایمان

علی‌رغم پیشـرفت‌های باور نکردنی علم پزشـکی، هیچ‌کـس در واقع نمی‌داند چه علتی موجب شـروع درد زایمان می‌شود. درد زایمان ممکن است با مجموعه‌ای از محرک‌هایی آغاز شود که توسط مادر، بچه، و جفت به‌وجود می‌آید، یا ممکن است به‌دلیل افزایش سـطح مواد استروئیدمانند در مادر یا سایر مواد زیست‌شیمیایی‌ای آغاز شود که توسط بچه تولید می‌شود. از آنجا که دقیقاً نمی‌دانیم درد زایمان چگونه آغاز می‌شود، نمی‌توانیم زمان وقوع آن را به‌طور دقیق تعیین کنیم.

عدم اطمینان از زمان واقعی درد زایمان کمابیش شـایع است. حتی خانمی که در انتظار فرزند سوم یا چهارم خود است، همیشه نمی‌داند چه موقع زمان درد زایمان واقعی اوست. این فصل به شما کمک می‌کند درد زایمان خود را بهتر بشناسید. (ولی هنوز ممکن است بارها به پزشک خود تلفن بزنید یا حتی چندین بار به بیمارستان یا زایشـگاه مراجعه کنید، تنها برای اینکه بفهمیـد آنچه فکر می‌کنید درد زایمان است، در واقع نیست).

آگاهی در مورد زمانی‌که درد زایمان واقعی است... و زمانی که نیست

ممکن اسـت پیش از آنکه درد زایمان واقعاً آغاز شـود، با برخی از علایم اولیه‌ی

درد زایمـــان مواجـــه شـــوید. ایـــن علایم به‌جـــای دلالت بـــر درد زایمـــان، حاکی از آن اســـت کـــه درد زایمـــان ممکن اســـت در چنـــد روز یا هفته‌ی آینـــده اتفاق بیفتـــد. برخـــی از خانم‌هـــا برای چنـــد روز یا چند هفته بـــا این علایـــم دردمانند مواجه می‌شوند، و عده‌ای دیگر آن علایم را فقط برای چند ساعت تجربه می‌کنند. اکثر مواقع، شروع درد زایمان به چشمگیری سریال‌های کمدی نیست که به نمایش گذاشته می‌شود (تصویری که لوسی می‌گوید، «ریکی، خودشه!»). خانم‌ها بسیار به‌ندرت قبل از وضع حمل، زمان مورد نیاز را برای رفتن به بیمارستان از دست می‌دهند.



اگر فکر می‌کنید درد زایمان شما شروع شده است، فوراً به سمت بیمارستان حرکت نکنید. در عوض، ابتدا با پزشک خود تماس بگیرید.

توجه به تغییرات قبل از شروع درد زایمان

همچنان که به اواخر دوران بارداری نزدیک می‌شوید، ممکن است در حالی که بدن شـــما برای اتفاق بزرگ آماده می‌شود، متوجه تغییرات خاصی بشوید. ممکن است متوجه تمام این علایم شـــوید و یا متوجه هیچ‌یک از آن‌ها نشـــوید. گاهی تغییرات هفته‌ها قبل از شروع درد زایمان آغاز می‌شود، و گاهی تنها چند روز قبل.

- ✓ **نمایش خونی:** نه، نمایش خونی جدیدترین فیلم ترسناک وس کریون[1] نیست. همچنان که تغییراتی در دهانه‌ی رحمتان ایجاد می‌شود، ممکن است مقداری ترشح مخاطی همراه با خون از مهبلتان خارج شود. خون از مویرگ‌های کوچک است، که در دهانه‌ی رحمتان پاره شده است.
- ✓ **اســـهال:** معمولاً چند روز قبل از درد زایمان، بدن شما پروستاگلاندین آزاد می‌کند، که موادی اســـت که در انقباض رحم کمک می‌کند و ممکن اســـت موجب بروز اسهال شود.
- ✓ **قرار گرفتن ســـر در دهانه‌ی رحم و انگاژمان:** جنین اغلب مخصوصاً در خانم‌هایی که برای اولین بار زایمان می‌کنند، چند هفته قبل از درد زایمان، در داخـــل لگن خاصره پایین می‌آید (به فصل ۷ رجوع کنید). ممکن اســـت فشـــار زیادی بر روی مهبل و دردهای شـــدیدی احساس کنید که در مهبل پخش می‌شود. همچنین ممکن است متوجه شوید تمام رحمتان پایین‌تر از روی شکم آمده و به‌طور ناگهانی احساس راحتی بیشتری می‌کنید و می‌توانید راحت‌تر نفس بکشید.

---

۱. فیلم‌ساز و کارگردان امریکایی که فیلم‌های ترسناک می‌سازد. م.

- ✓ **افزایش انقباضات برکستون ـ هیکس:** ممکن است متوجه افزایش شدت و تناوب انقباضات برکستون ـ هیکس (به فصل ۷ رجوع کنید) بشوید. چنین انقباضاتی حتی اگر شدیدتر یا به‌دفعات بیشتری تکرار نشود، ممکن است به نوعی ناراحت‌کننده باشد. برخی از خانم‌ها هفته‌ها قبل از شروع درد زایمان با انقباضات برکستون ـ هیکس مواجه می‌شوند.
- ✓ **ترشح مخاطی:** ممکن است ترشح مخاطی غلیظی از شما خارج شود که به‌عنوان توده‌ی مسدودکننده‌ی مخاطی شناخته شده است. در طول دوران بارداری، این ماده دهانه‌ی رحم شما را می‌بندد، و از رحمتان در برابر عفونت محافظت می‌کند. همچنان که دهانه‌ی رحم شروع به شل و کوتاه (افاسه) و باز شدن به منظور آمادگی برای زایمان می‌کند، ممکن است این توده از بین برود.

تشخیص درد زایمان کاذب از درد زایمان حقیقی

تشخیص درد زایمان حقیقی همیشه از درد زایمان کاذب آسان نیست. ولی چند ویژگی کلی وجود دارد که می‌تواند در تشخیص علایمی که با آن مواجه می‌شوید کمک کند که آیا درد زایمان شما شروع شده است یا نه.

به‌طور کلی، درد زایمان کاذب است اگر انقباضات شما:

- ✓ نامنظم باشد و به تناوب افزایش پیدا نکند
- ✓ هنگام تغییر وضعیت، راه رفتن یا استراحت کردن از بین برود
- ✓ به‌طور خاص ناراحت‌کننده نباشد
- ✓ فقط در زیر شکم به‌وجود آید
- ✓ به‌شدت ناراحت‌کننده نباشد

از طرف دیگر، به احتمال زیاد با درد زایمان حقیقی روبه‌رویید اگر انقباضات شما:

- ✓ دفعات آن به‌طور ثابت بیشتر، شدیدتر و ناراحت‌کننده‌تر بشود
- ✓ تقریباً ۴۰ تا ۶۰ ثانیه ادامه داشته باشد
- ✓ در حین تغییر وضعیت، راه رفتن یا استراحت کردن از بین نرود

- ✓ با چکیدن مایع همراه باشد (به‌خاطر پارگی پرده‌های جنینی)
- ✓ حرف زدن عادی مشکل یا غیرممکن شود
- ✓ در امتداد بالای شکم کشیده شود یا در کمر قرار گرفته باشد، و به سمت جلوی بدن پخش شود

گاهی تنها روش تشخیص قطعی درد زایمان، مراجعه به پزشک یا رفتن به بیمارستان است. هنگامی که وارد بیمارستان می‌شوید، دکتر، پرستار، ماما، یا پزشک کشیک، برای تشخیص اینکه در حال درد زایمانید یا نه، معاینه‌ی داخلی از لگن انجام می‌دهد. همچنین پزشک ممکن است برای مشاهده‌ی زمان انقباضات و کنترل واکنش ضربان قلب جنین، مانیتوری را به شما وصل کند. گاهی فوراً متوجه می‌شوید که واقعاً دچار درد زایمانید یا نه. ولی پزشک ممکن است برای مشاهده‌ی تغییر وضعیت یا عدم آن، نیاز داشته باشد برای چند ساعت شما را تحت نظر بگیرد.

چنانچه انقباضات منظم داشته باشید و دهانه‌ی رحمتان نسبتاً سریع تغییر یابد ـ شل و کوتاه و باز شود، یا هر دوی آن اتفاق بیفتد، در وضعیت درد زایمان قرار دارید. گاهی خانم‌ها هفته‌ها با دهانه‌ی رحمی که تا حدودی باز یا افاسه (نرم) شده است راه می‌روند، ولی دچار درد زایمان نیستند، زیرا این تغییرات به‌جای چند ساعت، در طی چند هفته اتفاق افتاده است.

مادران باردار می‌پرسند...

س: «تا به‌حال هرگز دچار انقباض نشده‌ام، چگونه بدانم چه حسی دارد؟»

ج: انقباض زمانی صورت می‌گیرد که عضله‌ی رحم سفت می‌شود و بچه را به سمت دهانه‌ی رحم هل می‌دهد. معمولاً انقباض ناراحت کننده و بنابراین، غیرقابل اشتباه است. ولی بسیاری از خانم‌ها نگران این مسئله‌اند که نداتند دچار انقباضات شده‌اند. با استفاده از یک حقه‌ی سریع و آسان می‌توانید بگویید با انقباض مواجه‌اید یا نه. با نوک انگشتان خود، گونه و سپس پیشانی خود را لمس کنید. در آخر، قسمت بالای شکم خود را لمس کنید، از این طریق می‌توانید بالای رحم خود (قله‌ی رحم) را احساس کنید. یک رحم آرام، مانند گونه‌ی شما نرم است، و یک رحم منقبض، مانند پیشانی شما سفت است. این تمرین همچنین در صورتی که فکر می‌کنید ممکن است دچار درد زودرس زایمان شده باشید مفید است (برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل ۱۵ رجوع کنید).

تصمیم‌گیری برای زمان اطلاع به پزشک



اگر فکر می‌کنید دچار درد زایمانید، به پزشک خود اطلاع دهید. اگر به شما گفت احتمالاً دچار درد زایمان نیستید، مضطرب نشوید (برای بسیاری از خانم‌ها پیش می‌آید). قبل از تماس برای چند ساعت زمان انقباضات خود را بگیرید تا ببینید فواصل آن‌ها به هم نزدیک‌تر می‌شود یا نه این کار فکر خوبی است، زیرا این اطلاعات به پزشک شما در تشخیص این نکته که دچار درد زایمان هستید یا نه، کمک می‌کند. اگر انقباضات شما هر ۵ تا ۱۰ دقیقه صورت بگیرد و ناراحت‌کننده باشد، قطعاً تماس بگیرید. اگر کمتر از ۳۷ هفته دارید و به‌طور مکرر انقباضاتی را احساس می‌کنید، برای شمارش تناوب آن ساعت‌ها ننشینید ـ فوراً به پزشک خود اطلاع دهید.



در صورتی که هریک از موارد زیر برای شما مصداق داشت، به پزشک خود اطلاع دهید:

- ✓ فاصله‌ی انقباضات نزدیک‌تر و به‌شدت ناراحت‌کننده شود.
- ✓ کیسه‌ی آب شما پاره شده باشد. ممکن است مقدار کمی مایع آبکی چکه کند یا به‌صورت فوران زیاد باشد. در صورتی که مایع سبز، قهوه‌ای یا قرمزرنگ باشد، فوراً به پزشک خود اطلاع دهید.
- ✓ مکونیوم (اولین مدفوع بچه) معمولاً بعد از تولد بچه اتفاق می‌افتد، ولی ۲ تا ۲۰ درصد از بچه‌ها در طول درد زایمان مکونیوم دفع می‌کنند؛ اکثراً زمانی که از تاریخ زایمان گذشته باشد. دفع شدن مکونیوم الزاماً دلیلی برای نامساعد بودن اوضاع نیست، ولی گاهی می‌تواند به استرس جنینی مربوط باشد.
- ✓ دچار خونریزی شدید به رنگ قرمز روشن شده (بیش از خونریزی شدید دوران قاعدگی) یا لخته رد کرده باشید، در چنین مواردی باید فوراً به بیمارستان بروید (پس از اطلاع به پزشک خود).
- ✓ به میزان کافی حرکت جنین را احساس نکنید (برای کسب اطلاع بیشتر به فصل ۷ رجوع کنید).
- ✓ دچار درد شکم به‌صورت مداوم و شدید باشید و در بین انقباضات آرام نشوید.
- ✓ قسمتی از جنین یا بند ناف را در مهبل خود احساس کنید. در چنین موردی، فوراً به بیمارستان بروید!

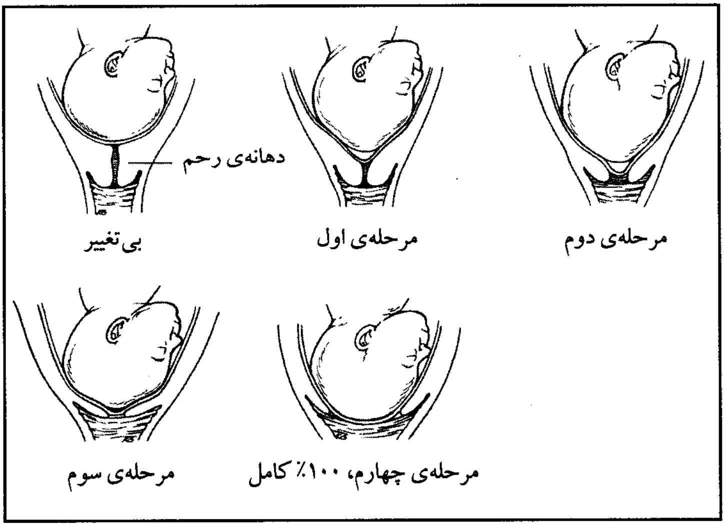
بررسی درد زایمان با معاینه‌ی داخلی

هنگامی که یک پزشـک در حال معاینه برای تشـخیص بروز درد زایمان شماست، برای یافتن موارد متعددی معاینه‌ی داخلی انجام می‌دهد:

✓ **باز شدن دهانه‌ی رحم:** دهانه‌ی رحم شما در اکثر دوران بارداری‌تان بسته اسـت، ولی ممکن است در طول چند هفته‌ی آخر، مخصوصاً در صورتی که قبلاً نیز فرزندی داشته باشید، شروع به باز شدن کند. پس از آنکه مراحل درد زایمان آغاز می‌شود، میزان باز شدن دهانه‌ی رحم سرعت بیشتری می‌گیرد و در انتهای مرحله‌ی اول درد زایمان، ۱۰ سانتیمتر باز می‌شود. اغلب، زمانی که دهانه‌ی رحم در حدود ۴ سانتیمتر باز یا صددرصد افاسه شود، گفته می‌شود که شما دچار درد زایمان هستید.

✓ **افاسـمان:** شـل یا کوتاه یا نازک شـدن دهانه‌ی رحم اسـت، که در طول درد زایمان اتفاق می‌افتد. دهانه‌ی رحم شـما از ضخیم بودن (شل و کوتاه نشـدن) تـا صددرصد شـل و کوتاه شـدن تغییـر می‌یابد. به شـکل ۱-۹ نگاه کنید.

✓ **موقعیت:** هنگامی که دچار درد زایمانید، پزشکتان از عبارت موقعیت برای توصیف میزان پایین آمدن سر بچه (یا دیگر عضو نمایان او) در مجرای زایمان در رابطه با خارهای ورکی، منطقه‌ای استخوانی در لگن خاصره‌ی شما استفاده می‌کند (برای اطلاعات بیشتر در مورد موقعیت، به فصل ۷ رجوع کنید).



شکل ۱-۹: در طول افاسمان، دهانه‌ی رحم از حالت ضخیم بودن به صددرصد افاسه می‌رسد و تا حدودی باز می‌شود.

- ✓ **وضعیت:** هنگامی که درد زایمان آغاز می‌شود، بچه اساساً صورت خود را به سمت راست یا چپ می‌چرخاند. هنگامی که درد زایمان پیشرفت می‌کند، او می‌چرخد تا سرش در وضعیتی قرار گیرد که صورتش رو به پایین باشد. بنابرایـــن بچه در وضعیتی به‌دنیا می‌آید که بـــه زمین نگاه می‌کند. گاهی، بچـــه در جهت مخالف می‌چرخد و مانند نیمرو به‌دنیا می‌آید؛ یعنی نگاه او به سقف است.

گرفتن پذیرش بیمارستان

چه دچار درد زایمان باشـــید، چه به القای درد زایمان یا زایمان اختیاری از طریق ســـزارین نیاز داشته باشید، لازم اســـت در بخش زایمان بیمارستان پذیرش شوید. در صورتی که از قبل رزرو کرده باشـــید (در مورد مراحل آن از پزشـــک خود سوال کنید)، سوابقتان قبل از ورودتان در بخش موجود است، و شماره‌ی اتاق بیمارستان برایتان تعیین شـــده است. هنگامی که وارد بیمارستان یا زایشگاه می‌شوید، مراحل پذیرش انجام و اتاقی برای شما تعیین می‌شود.

مستقر شدن در اتاق بیمارستانی خود

اگرچه هر بیمارستان یا زایشگاهی روش خاص خود را دارد، مستقر شدن بعد از ورود به اتاق معمولاً روال عادی زیر را طی می‌کند:

- ✓ پرستار از شما می‌خواهد لباس مخصوص اتاق عمل بپوشید.
- ✓ پرستار از شما در مورد دوران بارداری، وضعیت کلی سلامتی، سابقه‌ی زایمان و اینکـــه آخرین بار چه زمانی چیزی خورده‌اید، ســـؤالاتی می‌کند. اگر فکر می‌کنید کیسه‌ی آبتان پاره شده یا چکه می‌کند، به پرستار اطلاع بدهید.
- ✓ یک پرستار، ماما، رزیدنت، یا پزشک دیگری برای بررسی میزان پیشرفت درد زایمانتان، معاینه‌ی داخلی انجام می‌دهد.
- ✓ انقباضات و ضربان قلب جنین کنترل می‌شود.
- ✓ ممکن است یک پرستار خون شما را بگیرد و یک سرم به دستتان وصل کند (برای رساندن مایعات و احتمالاً داروها).
- ✓ از شـــما خواســـته می‌شـــود برای روال کار عادی بخش زایمان، مراقبت‌های بیمارستانی و احتمالاً بخش سزارین، رضایت‌نامه‌ای امضا کنید. (این رضایت‌نامه

را در زمان پذیرش امضا می‌کنید، زیرا در موارد سزارین اضطراری، زمانی برای امضای رضایت‌نامه ندارید.)

نکته

ممکن است مایل باشید اشیای گرانقیمت خود را به همسر یا سایر اعضای خانواده‌ی خود تحویل بدهید (یا فقط آن‌ها را در منزل بگذارید).

بررسی اتاق‌ها

برخی از خانم‌ها در همان اتاق درد بچه را به‌دنیا می‌آورند، و عده‌ای دیگر برای وضع حمل به اتاق دیگری برده می‌شوند. اکثر اتاق‌های بیمارستان‌ها از ویژگی‌های استانداردی برخوردار است، بنابراین اتاقی که در آن استقرار یافته‌اید، احتمالاً شامل موارد زیر است:

✓ **تخت:** در اتاقی که هم برای درد زایمان و هم وضع حمل استفاده می‌شود (همچنین اتاق زایمان نیز به آن گفته می‌شود)، تخت به‌طور خاص طوری طراحی شده که به میز زایمان نیز تبدیل شود. بعضی از بیمارستان‌ها اتاق‌هایی دارند که شما مراحل درد زایمان و وضع حمل را در آن می‌گذرانید و حتی برای مراقبت‌های بعد از زایمان نیز در آنجا می‌مانید. به این اتاق‌ها LDR (یک واژه‌ی اختصاری برای درد زایمان، وضع حمل، و مراقبت‌های بعد از آن) یا اتاق‌های LDRP گفته می‌شود ("P" برای عبارت بعد از زایمان).

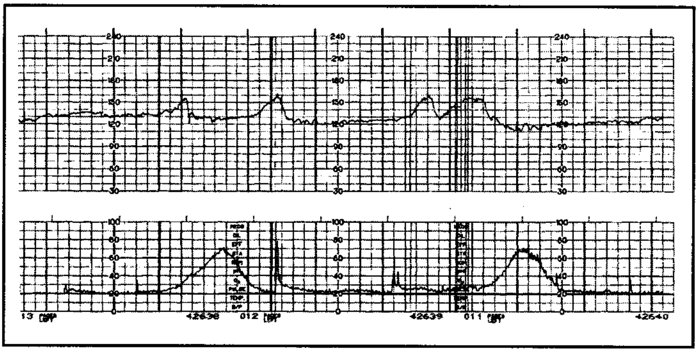
✓ **داپلر / گوشی (استتوسکوپ):** پزشک یا پرستار به‌جای استفاده‌ی مداوم از مانیتور جنینی، از این وسایل قابل‌حمل برای مرتب گوش دادن به ضربان قلب جنین، استفاده می‌کند.

✓ **مانیتور جنینی:** این دستگاه دو اتصال دارد، یکی برای کنترل ضربان قلب بچه و دیگری برای کنترل انقباضات شما. مانیتور جنینی نوار قلب جنین را تولید می‌کند، که ثبت افت و خیزهای ضربان قلب بچه در رابطه با انقباضات شما بر روی کاغذ است (به شکل ۲-۹ نگاه کنید).

✓ **گرم‌کننده‌ی نوزاد:** این وسیله یک لامپ حرارتی دارد که از افت دمای بدن نوزاد جلوگیری می‌کند.

✓ **سرم:** این لوله به یک کیسه‌ی آب نمک متصل است که شامل مخلوط قندی است و از کم‌آب شدن بدن شما جلوگیری می‌کند.

✓ **صندلی ننویی یا تخت‌خواب‌شو:** صندلی اضافی برای همسر، مربی، یا سایر اعضای خانواده‌ی شماست.



شکل ۲-۹: ضربان قلب جنینی و انقباضات رحمی.

کنترل فرزند شما

در حالی که دچار درد زایمانید، پزشـکتان به طرق مختلف مراقب فرزند شماست، تـا مطمئن شـود کل فرایند را به‌خوبی تحمل می‌کند. اکثر بیمارسـتان‌ها، و اکثر پزشـکان، برای تصمیم‌گیری در مورد زمان وصل کردن مانیتورهای جنینی و نوع آن، روش‌های خاص خود را دارند. اگرچه برخی از بیماران کم‌خطر ممکن است، تنها به‌طور متناوب با مانیتور کنترل بشوند، برخی دیگر بهتر است به‌طور مستمر کنترل و مراقبت شوند. گاهی دانستن این مطلب که کنترل مداوم با مانیتور فرقی می‌کند یا نه، تا زمانی که دچار درد زایمان نباشید و پزشک نتواند واکنش بچه را مشاهده کند، غیرممکن است.

کنترل ضربان قلب جنینی

درد زایمان هم شـما و هم بچه را دچار استرس می‌کند. کنترل ضربان قلب جنین روشـی اسـت که اطمینان می‌دهد بچه از عهده‌ی اسـترس برمی‌آید. در بعضی از بیمارسـتان‌ها، تمـام بیماران در حیـن درد زایمان به‌طور عادی بـه مانیتور وصل می‌شوند. در برخی دیگر، بیمارانی که خطر کمی برای مشکلات دارند، ممکن است تنها به‌طور متناوب به مانیتور وصل بشـوند. کنترل از طریق مانیتور با تکنیک‌های متعددی انجام می‌شود.

کنترل خارجی

کنترل الکترونیکی ضربان قلب جنین، هم از دو کمربند و هم از یک نوار کشی پهن استفاده می‌شود که دور شکم گذاشته می‌شود. دستگاه به کمربند یا زیر نوار وصل می‌شود که از تکنیک سونوگرافی داپلر برای گرفتن ضربان قلب جنین استفاده می‌کند.

دستگاه دوم برای گرفتن انقباضات از یک وسیله‌ی اندازه‌گیری استفاده می‌کند. کنترل خارجی انقباضات، تناوب و مدت انقباضات را نشان می‌دهد، ولی قادر نیست در مورد شدت آن اطلاعات فراهم کند. کنترل خارجی ضربان قلب جنین اطلاعاتی در مورد واکنش جنین به انقباضات می‌دهد و ناپایداری دراز مدت را به ثبت می‌رساند، که تغییرات مرتب در ضربان قلب است (که علامت خوبی است).



ممکن است بشنوید پزشکتان برای توصیف ضربان قلب جنین از عبارت‌های زیر استفاده می‌کند:

- ✓ **عادی:** در حدود ۱۲۰ تا ۱۶۰ ضربه در دقیقه
- ✓ **برادیکاری:** کاهشی در ضربان قلب، تا زیر ۱۲۰ ضربه در دقیقه، که برای بیشتر از دو دقیقه باقی بماند.
- ✓ **تاکیکاردی:** افزایش در ضربان قلب تا بالای ۱۶۰ ضربه در دقیقه، برای بیش از دو دقیقه.
- ✓ **شتاب:** افزایش مختصر بالای خط مبنای ضربان قلب جنین، که اغلب بعد از حرکت جنین به‌وجود می‌آید. شتاب ضربان قلب علامت اطمینان‌بخشی است.
- ✓ **کاهش سرعت:** این‌ها کاهش‌های متناوب زیر خط مبنای ضربان قلب جنین است. بارز بودن کاهش سرعت، به تناوب آن، میزان افت ضربان قلب، و زمان وقوع آن‌ها در رابطه با انقباضات بستگی دارد. کاهش سرعت‌ها بر طبق زمان وقوع آن‌ها در رابطه با انقباضات، به‌عنوان زود، متغیر یا دیر طبقه‌بندی شده است.

کنترل داخلی

هنگامی که فرزند شما به‌جای کنترل خارجی به مراقبت بیشتری نیاز پیدا می‌کند، پزشکتان از دستگاه کنترل ضربان قلب داخلی استفاده می‌کند. ممکن است پزشک نسبت به نحوه‌ی تحمل بچه در طول درد زایمان نگران شود، یا اینکه به‌سختی بتواند با دستگاه خارجی ضربان قلب بچه را بگیرد ـ مثلاً، در صورتی که بیش از یک بچه داشته باشید. به منظور کنترل جنین به‌صورت داخلی (که به آن الکترود پوست سر داخلی نیز گفته می‌شود)، پرده‌های جنینی (کیسه‌ی آب) باید پاره شده و دهانه‌ی رحم حداقل ۱ تا ۲ سانتیمتر باز شده باشد. در طول معاینه‌ی داخلی، مانیتور از طریق یک لوله‌ی پلاستیکی قابل انعطاف، از میان دهانه‌ی رحم عبور داده می‌شود. این روش ناراحت‌کننده‌تر از معاینه‌ی لگن نیست. سپس یک الکترود نازک به سر

بچه وصل می‌شـــود. این روش کاملاً بی‌خطر اســـت و تنها بسیار به‌ندرت با عفونت موضعی یا خارش خفیف بر روی سر بچه همراه می‌شود.

مانیتور داخلی برای انقباضات (که به آن مبدل فشـــار داخلی یا IPT گفته می‌شود) به‌منظور ارزیابی بهتر شدت انقباضات استفاده می‌شود. این مانیتور هنگامی استفاده می‌شود که پیشرفت درد زایمان کند باشد، و برای تشخیص نیاز شما به اکسی‌توکسین برای تقویت انقباضات لازم می‌شود (به مبحث « اوضاع را به جلو پیش ببرید: القای درد زایمان» که بعداً در این فصل می‌آید رجوع کنید). مانیتور شـــامل یک لوله‌ی قابل انعطاف پرشده از مایعی است، که بین سر جنین و جدار رحم در طول معاینه‌ی داخلی گذاشته می‌شـــود. گاهی، از چنین وسیله‌ای برای تزریق آب نمک به داخل رحم در صورتی که مایع آمنیوتیک بسیار اندکی وجود داشته باشد و یا نوار ضربان قلب جنین فشردگی بند ناف را نشان دهد یا در صورتی که مکونیوم بسیار غلیظی (اولین مدفوع بچه) وجود داشته باشد، استفاده می‌شود.

سایر آزمایش‌های وضعیت سلامت جنینی

در صورتی که اطلاعات به‌دست‌آمده از کنترل جنینی موجب بروز نگرانی یا نامفهوم باشـــد، پزشـــکتان می‌تواند برای کمک در تشخیص نحوه‌ی پیشـــرفت درد زایمان، آزمایش‌های دیگری انجام دهد.

pH پوست سر

در صورتی که پزشـــک از تحمل بچه در طول درد زایمان نگران شـــود، ممکن است مایل به انجام آزمایش pH پوســـت سر باشـــد. pH اندازه‌گیری مقدار اسیدی بودن خون بچه اســـت. میزان اســـید خون بچه‌هایی که دچار استرسند، بالاتر است. این آزمایش تنها در صورتی امکان‌پذیر اســـت که پرده‌های جنینی پاره شده و دهانه‌ی رحم حداقل ۱ تا ۲ سانتیمتر باز شده باشد و در صورتی که بیمارستانی که در آن زایمان می‌کنید، دستگاه آزمایش pH داشته باشد.

برای تســـت pH، یک قیف پلاستیکی از راه مهبل وارد می‌شود تا بخش کوچکی از پوست سر جنین قابل رؤیت شود. پوست سر با ملایمت به‌وسیله‌ی یک زخم پاک‌کن (سوآب) تمیز و سپس با یک تیغ کوچک خراش داده می‌شود (مانند روش مشابهی که برای گرفتن نمونه‌ی خون در مطب دکتر از سرانگشتتان گرفته می‌شود) و مقدار کمی از خون جنین در یک لوله‌ی شیشه‌ای جمع می‌شود. نمونه‌ی خون در دستگاه pH گذاشته می‌شود تا میزان تحمل بچه از درد زایمان مشخص شود.

مادران باردار می‌پرسند...

س: «آیا میان کنترل از طریق مانیتور و زایمان‌های سزارین ارتباطی وجود دارد؟»

ج: گاهی خانم‌ها سؤال می‌کنند که آیا کنترل از طریق مانیتور احتمال سزارین یا مداخلات دیگری را در زایمان آن‌ها، مانند فورسپس یا دستگاه مکنده افزایش خواهد داد یا نه. مطالعاتی که سال‌ها پیش انجام شده، حاکی از وجود ارتباطی میان کنترل از طریق مانیتور و احتمال انجام زایمان سزارین است. ولی خود روش کنترل از طریق مانیتور، به تنهایی نیاز مادر را برای سزارین شدن افزایش نمی‌دهد، بلکه تنها پزشک او را نسبت به وجود مشکلات احتمالی هوشیار می‌کند، کـه در نتیجه، ممکن است پزشک را نسبت به نیاز به سزارین آگاه کند. ارتباط میان کنترل از طریق مانیتور و زایمان‌های سزارین همچنین ممکن است در گذشته، هنگامی که دکترها به احتمال زیاد در اولین علایم مشکل به مداخله متوسل می‌شدند، قوی‌تر بوده باشد. امروزه، متخصصان روش‌های بسیار متعددی برای واکنش نسبت به علایم احتمالی مشکلی که از طریق مانیتور نشان داده می‌شود، در اختیار دارند. بنابراین ارتباط کنترل از طریق مانیتور و زایمان سزارین به قوت قبلی خود نیست.

تحریک پوست سر

تحریک پوست سر روشی آسان برای مشاهده‌ی وضعیت جنین است. پزشک تنها در طول معاینه‌ی داخلی، پوست سر بچه را قلقلک می‌دهد. اگر این تماس موجب افزایش ضربان قلب جنینی شود، معمولاً حال بچه خوب است.

برخی از پزشکان و برخی از مادران، ترجیح می‌دهند از طریق مانیتور کنترل نشوند. ولی بسیاری از دکترها معتقدند کنترل از طریق مانیتور بسیار سودمند است و از مزایای این کنترل آن است که بر هرگونه خطری که ممکن است به زایمان سزارین غیرضروری منجر شود، غلبه می‌کند.

اوضاع را به جلو پیش ببرید: القای درد زایمان

القای درد زایمان به این معناست که قبل از آنکه خودش شروع شود، موجب شروع آن بشویم. القا می‌تواند اختیاری باشد (برای راحتی بیمار یا پزشک انجام شود) یا ممکن است بر حسب ضرورت انجام شود (به‌خاطر مشکلات مربوط به زایمان، دارویی یا جنینی باشد).

القای درد اختیاری

اگرچه بعضی از خانم‌ها زایمان برنامه‌ریزی‌شده را می‌پسندند، دیگران ترجیح می‌دهند درد زایمان به‌طور طبیعی اتفاق بیفتد. برخی از پزشکان با رضایت خاطر به القای درد

اختیاری اقدام می‌کنند، و عده‌ای دیگر به‌طور کل با این نظر مخالفند. ممکن است یک خانم به دلایل متعددی، از جمله موارد زیر به القای درد زایمان اقدام کند:

- ✓ در صورتی که تاریخ دقیق شروع درد زایمان خود را بداند، می‌تواند برای سایر کودکان خود، محل کار، همکار خود، یا راحتی سایر اعضای خانواده تمهیداتی فراهم کند.
- ✓ اطمینان یابد در روش گروهی، پزشک خاصی که ارتباط مخصوصی با او دارد، فرزندش را به‌دنیا می‌آورد.
- ✓ در صورتی که در معرض خطر مشکلات نوزادی یا زایمانی خاصی باشد. زمانی زایمان کند که بیشترین پرسنل بخش زایمان یا سایر متخصصان حضور داشته باشند.
- ✓ کاهش اضطراب بعد از یک سابقه‌ی بارداری ناموفق (مانند به‌دنیا آمدن جنین مرده پس از نه ماه کامل) که مایل به زایمان زودتر، قبل از زمان طبیعی بشود.
- ✓ اطمینان از به موقع رسیدن به بیمارستان، در صورتی که مسیر او دور باشد یا سابقه‌ی زایمان سریع داشته باشد.

برخی مطالعات در علم پزشکی حاکی از آن است که القای درد اختیاری ممکن است به افزایش زایمان‌های سزارین منجر شود. در صورتی که دهانه‌ی رحم نه افاسه و نه باز شده باشد، و یا سر بچه وارد لگن نشده باشد، خطر زایمان سزارین احتمالاً بالاتر است. ولی اگر همه‌ی شرایط برای القای درد مطلوب باشد، خطر سزارین در نهایت افزایش نمی‌یابد. به هرحال، زمانی که زایمان از طریق القای درد انجام شود، زمانی که بیمار در بیمارستان سپری می‌کند، احتمالاً تا حدودی افزایش می‌یابد.

در صورتی که القای درد اختیاری برای خانمی برنامه‌ریزی شود که کمتر از ۳۹ هفته باردار است، انجام آمنیوسنتز معمولاً برای کنترل تکامل ریه‌ی جنین ضروری است. در صورتی که به انجام القای درد اختیاری مایل باشید، شما و همسرتان باید کاملاً آگاه باشید که خطر نیاز به زایمان سزارین تا حدودی ممکن است افزایش یابد. در صورتی که هر دو والدین منتظر و پزشک از چنین خطراتی آگاه باشند، القای درد می‌تواند به دلایل شخصی، پزشکی، جغرافیایی یا روانی مناسب باشد.

القای درد اجباری

القای درد زمانی ضرورت می‌یابد (ضرورت پزشکی پیش می‌آید) که خطرات ادامه‌ی بارداری ــ برای مادر یا بچه ــ بیش از خطرات زایمان پیش از موقع باشد.

مشکلات وضعیت جسمانی مادر که می‌تواند القای درد را ایجاب کند، شامل موارد زیر است:

- ✓ مسمومیت بارداری (برای اطلاعات بیشتر به فصل ۱۵ رجوع کنید)
- ✓ وجود بیماری‌های خاص، مانند دیابت یا کلستاز (به فصل ۱۵ رجوع کنید)، که ممکن است بعد از زایمان بهبود یابد
- ✓ عفونت در مایع آمنیوتیک، مانند عفونت‌های میکروبی پرده‌های جنینی
- ✓ مرگ جنین

خطرات احتمالی برای سلامت بچه که القای درد را ایجاب می‌کند، عبارت است از:

- ✓ ادامه‌ی بارداری‌ای که از موعد زایمان آن گذشته باشد ـ میزان مرگ جنین پس از گذشت ۴۲ هفته از بارداری به نحو بارزی افزایش می‌یابد
- ✓ پرده‌های جنینی پاره شده ولی زایمان هنوز آغاز نشده باشد، وضعیتی است که می‌تواند بچه را در معرض خطر بروز عفونت قرار دهد
- ✓ محدودیت رشد داخل رحمی (به فصل ۱۵ رجوع کنید)
- ✓ مشکوک به ماکروزومی باشد (وزن جنین بیشتر از ۴۰۰۴ گرم باشد)
- ✓ ناسازگاری ارهاش همراه با عوارض (به فصل ۱۵ رجوع کنید)
- ✓ کمبود مایع آمنیون جفت (الیگوهیدرامینوس)
- ✓ تنفس مکونیوم ـ بچه در مکونیوم نفس بکشد (اولین مدفوع جنینی)
- ✓ آزمایش‌های مربوط به وضعیت سلامت جنینی نشان دهد جنین ممکن است در رحم رشد نکند

القای درد زایمان

روشی که موجب القای درد زایمان شود، به شرایط دهانه‌ی رحم بستگی می‌یابد. اگر دهانه‌ی رحم شما مساعد نباشد، یا مساعد باشد (شل، نرم، و باز باشد)، پزشک شما ممکن است برای آماده کردن آن از داروها و تکنیک‌های مختلفی استفاده کند.

نکات فنی

شایع‌ترین دارویی که برای آماده کردن دهانه‌ی رحم استفاده می‌شود، نوعی پروستاگلاندین است (ماده‌ای که به نرم شدن بافت دهانه‌ی رحم کمک می‌کند و موجب بروز انقباضات می‌شود)، که هم به‌صورت ژل و هم قرص به کار برده می‌شود. پرستار یا پزشک پروستاگلاندین را در مهبل می‌گذارد که ممکن است باعث انقباضات

خفیفی شود. امکان دیگری که برای آماده کردن دهانه‌ی رحم به‌کار می‌رود، دارویی است به نام میزوپریستول، که به همان طریق به کار برده می‌شود، ولی در خانم‌هایی که قبلاً زایمان سزارین داشته‌اند، معمولاً استفاده نمی‌شود. برخی از پزشکان ترجیح می‌دهند از چیزی که به آن بالن فولی گفته می‌شود، استفاده کنند؛ بالن بسیار کوچکی است که از طریق مهبل در دهانه‌ی رحم گذاشته می‌شود و برای کمک به باز شدن دهانه‌ی رحم، با آب نمک یا هوا پر می‌شود.

اگر دهانه‌ی رحم شما هنوز آماده نباشد، نمی‌توانید مثل گوجه‌فرنگی‌ها یا هلوهای مادربزرگ آن را برای چند روز روی لبه‌ی پنجره بگذارید. اگر به القای درد زایمان نیاز دارید، به احتمال زیاد غروب در بیمارستان پذیرش می‌شوید و هنگام خواب داروهایی برای آماده کردن دهانه‌ی رحم به شما داده می‌شود. سپس پزشک شما برای القای درد در صبح می‌تواند از اکسی‌توکسین (یک هورمون مصنوعی مشابه با هورمونی که بدن به‌طور طبیعی هنگام زایمان آزاد می‌کند) استفاده کند.

اگر دهانه‌ی رحم شما قبلاً آماده شده است، احتمالاً صبح در بیمارستان پذیرش می‌شوید، و درد زایمان یا با استفاده از اکسی‌توکسین داخل وریدی یا با پاره کردن پرده‌های جنینی‌تان (اغلب پاره کردن کیسه‌ی آب گفته می‌شود) القا می‌شود. دکتر در طول معاینه‌ی داخلی با یک قلاب پلاستیکی کوچک، آمنیوتومی یا پرده‌های جنینی را پاره می‌کند. این روش معمولاً دردناک نیست. سپس پزشک شما به پرستار دستور تزریق اکسی‌توکسین (معمولاً با نام تجارتی آن، پیتوسین معروف است) را از طریق سرم و پمپ مخصوصی می‌دهد که به‌دقت میزان آن را تنظیم و کنترل می‌کند. ابتدا با میزان بسیار کمی از دارو شروع می‌کنید، و مقدار دارو در فواصل منظم افزایش می‌یابد تا زمانی که انقباضات شما به حد کافی برسد. گاهی درد زایمان چند ساعت پس از القا شروع می‌شود، ولی ممکن است زمان آن طولانی‌تر شود. گاهی ممکن است دو روز طول بکشد تا درد زایمان واقعاً شروع شود.

نگران نباشید

یک تصور غلط شایع این است که اکسی‌توکسین باعث دردناک‌تر شدن درد زایمان می‌شود. این طور نیست. اکسی‌توکسین مانند هورمونی است که بدن شما به‌طور طبیعی در طول درد زایمان آزاد می‌کند، و تقریباً به همان میزانی به‌کار برده می‌شود که بدنتان برای بروز درد طبیعی تولید می‌کند.

تقویت درد زایمان

دکترها برای تقویت درد زایمان موجود نیز می‌توانند از اکسی‌توکسین استفاده کنند. در صورتی که انقباضات شما کافی نباشد یا زمان درد زایمان به‌صورت غیرمعمول

طولانی شده باشد، ممکن است پزشکتان برای پیش بردن کارها از اکسی‌توکسین استفاده کند. مجدداً می‌گوییم انقباضاتی که در نتیجه‌ی این تقویت به‌وجود می‌آید، شدیدتر یا دردناک‌تر از انقباضاتی نیست که در طول درد طبیعی به‌وجود می‌آید.

درک تصویر درست: مراحل و ویژگی‌های درد زایمان

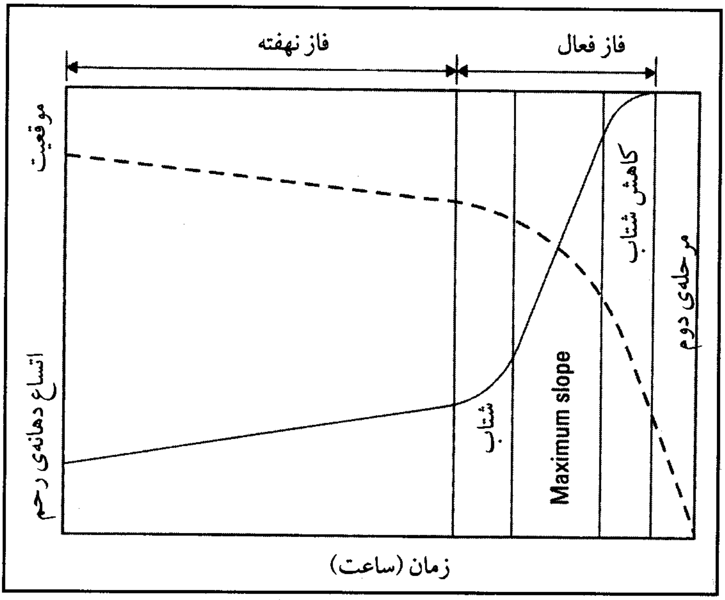
درد زایمان هر زنی، به نوعی، منحصر به‌فرد است. تجربه‌ی شخصی هر خانمی از هر بارداری تا بارداری دیگر او می‌تواند متفاوت باشد. کسی که نوزادان را به‌دنیا می‌آورد، به‌خوبی می‌داند درد زایمان همیشه می‌تواند شما را غافلگیر کند. ما در مقام پزشک، ممکن است از خانمی انتظار داشته باشیم به‌سرعت زایمان کند، ولی متوجه شویم دردش ساعت‌ها طول می‌کشد، و آن دسته از خانم‌هایی که فکر می‌کنیم دردشان ساعت‌های مدیدی طول می‌کشد، ممکن است زایمان سریعی داشته باشند. با وجود این، در اکثریت خانم‌های باردار، درد زایمان با الگوی قابل پیش‌بینی‌ای پیش می‌رود. درد زایمان به میزان نسبتاً استانداردی، به‌راحتی در طول مراحل قابل تشخیصی طی می‌شود.



پزشک می‌تواند میزان پیشرفت درد شما را هرچند ساعت یک‌بار با انجام معاینه‌ی داخلی دنبال کند. میزان پیشرفت درد شما با میزان سرعت باز شدن دهانه‌ی رحمتان و میزان راحت پایین آمدن جنین از لگن و مجرای تولد اندازه‌گیری می‌شود. با ترسیم باز شدن دهانه‌ی رحم و موقعیت جنین (به بخش «تشخیص درد زایمان کاذب از درد زایمان واقعی»، پیشتر در این فصل رجوع کنید) بر روی یک نمودار، پزشک پیشرفت درد را به‌طور عینی اندازه‌گیری می‌کند. ممکن است پزشک میزان پیشرفت درد شما را با استفاده از نمودار مخصوصی که منحنی درد گفته می‌شود (به شکل ۳-۹ نگاه کنید) پیگیری کند، تا با مقایسه‌ی پیشرفت‌تان با منحنی استانداردی که متوسط درد را نشان می‌دهد، پیشرفت دردتان را نشان دهد.

در صورتی که پیشرفت درد بسیار کند باشد یا دهانه‌ی رحم از باز شدن متوقف شود یا جنین پایین نیاید، دکترها نگران می‌شوند. آن‌ها روشی اجمالی برای توصیف عوامل متغیری دارند که نشان می‌دهد یک زن چگونه در طول درد عمل می‌کند؛ سه مورد است: مسافر، لگن، و قدرت. به عبارت دیگر، اندازه‌ی بچه و وضعیت او (مسافر)، اندازه‌ی لگن و قدرت انقباضات (قدرت)، همگی عوامل بااهمیتی است. پزشک شما باید به تمام این عوامل توجه کند، زیرا در صورتی که درد به‌طور طبیعی پیشرفت نکند، می‌تواند نشانه‌ی آن باشد که بچه بهتر است با کمک ــ با فورسپس یا دستگاه مکنده ــ یا از طریق سزارین به دنیا بیاید.

اگر اولین زایمان خود را انجام می‌دهید، احتمالاً کل مرحله‌ی درد بین ۱۲ تا ۱۴ ساعت طول می‌کشد. برای زایمان‌های بعد از اولی، معمولاً درد کوتاه‌تر می‌شود



شکل ۳-۹: ممکن است پزشک برای پیگیری پیشرفت شما از منحنی درد استفاده کند.

(معمولاً ۸ ساعت). درد زایمان به سه مرحله تقسیم شده، که در بخش‌های بعدی توضیح داده شده است.

مرحله‌ی اول

مرحله‌ی اول درد زایمان از شروع درد واقعی تا باز شدن کامل دهانه‌ی رحم اتفاق می‌افتد. این مرحله طولانی‌ترین مرحله است (به‌طور متوسط برای فرزند اول ۱۱ ساعت و برای زایمان‌های بعدی، ۷ ساعت طول می‌کشد) و به سه بخش تقسیم شده است: مرحله‌ی ابتدایی (نهفته)، مرحله‌ی فعال، و مرحله‌ی خروج. هر بخش ویژگی‌های منحصر به‌فرد خود را دارد.

مرحله‌ی ابتدایی یا نهفته

در طول مرحله‌ی ابتدایی یا اولین مرحله از درد زایمان، انقباضات در ابتدا هر ۵ تا ۲۰ دقیقه یک‌بار صورت می‌گیرد، و به تناوب افزایش می‌یابد تا زمانی که به فاصله‌ی کمتر از ۵ دقیقه از هم واقع شود. انقباضات در ابتدا بین ۳۰ تا ۴۵ ثانیه ادامه دارد، ولی همچنان که مرحله‌ی اول ادامه می‌یابد، مدت آن‌ها به ۶۰ تا ۹۰ ثانیه می‌رسد. در طول مرحله‌ی ابتدایی، دهانه‌ی رحم شما به‌تدریج ۳ تا ۴ سانتیمتر باز و صددرصد افاسه می‌شود.

کل مرحلــه‌ی ابتدایــی از مرحلــه‌ی اول درد در زایمان اول، ۶ تا ۷ ســاعت و برای زایمان‌های بعدی، ۴ تا ۵ ساعت طول می‌کشد. ولی مدت درد قابل پیش‌بینی نیست، زیرا آگاهی در مورد زمان شروع حقیقی درد مشکل است.

در آغاز مرحله‌ی ابتدایی، انقباضات شــما ممکن است مانند گرفتگی‌های عضلانی دوران قاعدگی، به همراه کمر درد یا بدون آن باشد. ممکن است پرده‌های جنینی‌تان پاره شود، و نمایش خونی داشته باشید (به بخش «توجه به تغییراتی که قبل از درد زایمان آغاز می‌شود»، پیشتر در این فصل رجوع کنید). اگر در بیمارستان پذیرش شده باشید، ممکن است دکترتان با استفاده از یک قلاب کوچک پلاستیکی، پرده‌های جنینی شما را برای کمک به پیشروی کارها پاره کند.

در اوایل این مرحله، ممکن اســت در خانه راحت‌تر باشــید. می‌توانید استراحت یا خوابیدن را امتحان کنید، یا ممکن اســت مایل به فعالیت باشــید. برخی از خانم‌ها متوجه می‌شوند به شدت مایل به تمیز کردن خانه یا انجام برخی از کارهای منزلند. اگر گرســنه‌اید، یک غذای ســبک بخورید (مثلاً سوپ، آب میوه یا نان تست)، ولی غذای سنگین نخورید ـ در مواردی برای مقابله با عوارض درد، به بیهوشی نیاز پیدا می‌کنید. ممکن است مایل باشید زمان انقباضات خود را بگیرید، ولی نیازی نیست نگران آن باشید.



در صورتی که ناراحتی شما شروع شد، انقباضات با تناوب بیشتر و شدیدتر اتفاق افتاد یا پرده‌های جنینی‌تان (کیسه‌آب) پاره شد، به پزشک خود تلفن کنید.



بسیاری از خانم‌ها با راه رفتن در طول مرحله‌ی اول درد، متوجه می‌شوند احساس راحتی بیشــتری می‌کنند و حواسشــان از درد پرت می‌شــود. عده‌ای دیگر ترجیح می‌دهند در تختخواب اســتراحت کنند. از پزشک خود بپرسید آیا بیمارستان شما محدودیتی برای راه رفتن در طول درد دارد یا نه.

مرحله‌ی فعال

در مرحلــه‌ی فعال درد معمــولاً کوتاه‌تر و قابل پیش‌بینی‌تــر از مرحله‌ی ابتدایی اســت. معمولاً برای فرزند اول، به‌طور متوســط ۵ ســاعت و برای فرزندان بعدی، تقریباً ۴ ســاعت طول می‌کشــد. انقباضات در این مرحله هر ۳ تا ۵ دقیقه اتفاق می‌افتد و در حدود ۴۵ تا ۶۰ ثانیه طول می‌کشــد. دهانه‌ی رحم شما از ۴ تا ۸ یا ۹ سانتیمتر باز می‌شود.

ممکن است در این مرحله درد یا احساس ناراحتی شدید و شاید کمردرد نیز داشته باشید. بعضی از خانم‌ها با درد بیشتری در کمر مواجه می‌شوند تا جلو؛ به این درد

زایمان کمر گفته می‌شـود. این حالت ممکن اسـت نشانه‌ی آن باشد که روی بچه به‌جای آنکه به سمت ستون فقرات باشد، به سمت جلوست.

در این زمان، به احتمال زیاد از قبل در بیمارستان یا زایشگاه بوده‌اید. برخی از بیماران ترجیح می‌دهند در تخت اسـتراحت کنند، عده‌ای دیگر ترجیح می‌دهند راه بروند. هرکاری که به شما احساس راحتی می‌دهد انجام دهید، مگر آنکه پزشکتان از شما بخواهد برای کنترل دقیق در تخت بمانید. امروز زمان استفاده از تکنیک‌های تنفسی و آرام‌سازی است که ممکن است در کلاس‌های زایمان تمرین کرده باشید.



اگر به مسـکن نیاز دارید، به پزشک خود اطلاع دهید، (برای اطلاعات بیشتر راجع به تسـکین درد، به بخش «کنترل درد زایمان» که بعداً در این فصل می‌آید رجوع کنید). همسرتان ممکن است با مالیدن پشت‌تان، شاید با استفاده از یک توپ تنیس یا وردنه، در تخفیف درد به شما کمک کند.

مرحله‌ی انتقالی

بسیاری از پزشکان دوره‌ی انتقالی را به عنوان بخشی از مرحله‌ی فعال قلمداد می‌کنند، ولی ما ترجیح می‌دهیم آن را جداگانه عنوان کنیم. در طول مرحله‌ی انتقالی، انقباضات هر ۲ تا ۳ دقیقه اتفاق می‌افتد و ۶۰ ثانیه طول می‌کشد. انقباضات این مرحله بسیار شدید است. دهانه‌ی رحم شما از ۸ یا ۹ تا ۱۰ سانتیمتر باز می‌شود.

علاوه بر انقباضات بسیار شدید، ممکن است در حالی که بچه پایین می‌آید، متوجه افزایش نمایش خونی و افزایش فشـار، مخصوصاً در ناحیه‌ی مقعد شـوید. در طول آخرین مرحله از اولین مرحله‌ی درد، احساس می‌کنید انگار باید اجابت مزاج داشته باشید. نگران نباشید، این احساس علامت خوبی است و حاکی از آن است که بچه در مسیر صحیحی حرکت می‌کند.



ممکن اسـت در این نقطه احساس خستگی مفرط یا قطع امید کنید، ولی به‌خاطر داشته باشید، تقریباً تمام شده است!

اگر احساس می‌کنید باید فشار بیاورید، به پزشک خود بگویید. ممکن است دهانه‌ی رحم به‌طور کامل باز شده باشد، ولی سعی نکنید قبل از آنکه پزشک به شما بگوید، فشار بیاورید. فشار آوردن قبل از باز شدن کامل دهانه‌ی رحم موجب کندی فرایند درد یا پارگی دهانه‌ی رحم می‌شود.



سـعی کنید تمرین‌های تنفسی و تکنیک‌های آرام‌سـازی را در صورتی که برایتان کارسـاز اسـت، تمرین کنید. زمانی که مایل به دریافت داروی مسکن یا بی‌حسی

اپیدورال هستید، به پزشک خود اطلاع دهید. او تصمیم می‌گیرد چه نوع مسکنی برحسب مدت درد و عوامل دیگری که با سلامتی شما و فرزندتان مرتبط است، برایتان بهتر است.

مشکلات احتمالی در طول مرحله‌ی اول درد

اکثر خانم‌ها مرحله‌ی اول درد را بدون هیچ مشکلی تجربه می‌کنند. ولی در صورت بروز هرگونه مشکلی، اطلاعات زیر شما را برای کنترل آن با ذهنی آگاه و متمرکز آماده می‌کند:

- ✓ **مرحله‌ی نهفته‌ی طولانی:** مرحله‌ی ابتدایی یا نهفته‌ی درد در صورتی که بیش از ۲۰ ساعت در خانمی که اولین فرزند خود را به‌دنیا می‌آورد یا بیش از ۱۴ ساعت برای کسی که قبلاً زایمان داشته طول بکشد، طولانی قلمداد می‌شود. ممکن است پزشکتان به تشخیص زمان شروع واقعی درد قادر نباشد، بنابراین همیشه دانستن قطعی طولانی شدن درد آسان نیست. هنگامی که پزشک تشخیص می‌دهد درد به درازا کشیده است، به یک یا دو طریق واکنش نشان می‌دهد. یک روش استفاده از دارو، مانند آرام‌بخش است، که به شما کمک کند آرام باشید. بعد ممکن است درد متوقف (که به این معناست درد کاذب بوده)، یا درد فعال شروع شود. روش دیگر امتحان برای پیش بردن درد با انجام آمنیوتومی (پاره کردن پرده‌های جنینی یا کیسه‌ی آب) یا به‌کار بردن اکسی‌توکسین (پیتوسین) است. این دو روش با جزئیات بیشتری پیش از این در این فصل توضیح داده شد.
- ✓ **اختلالات عدم کفایت زایمان:** اختلالات عدم کفایت زایمان در صورتی که دهانه‌ی رحم به‌کندی باز شود یا در صورتی که سر بچه به میزان عادی پایین نیاید، اتفاق می‌افتد. اگر فرزند اول خود را به‌دنیا می‌آورید، دهانه‌ی رحم باید حداقل به میزان ۱/۲ سانتیمتر در ساعت باز شود. اگر قبلاً زایمان کرده‌اید، دهانه‌ی رحم باید حداقل ۱/۵ سانتیمتر در ساعت باز شود، و فرزندتان باید در حدود ۲ سانتیمتر در ساعت پایین بیاید.

  اختلالات عدم کفایت زایمان ممکن است به‌دلیل عدم تناسب سری ـ لگنی (CPD) باشد که نامی برای تناسب نامطلوب میان سر بچه و مجرای زایمان مادر است. اختلالات عدم کفایت زایمان ممکن است به‌دلیل قرار گرفتن سر بچه در وضعیت نامطلوب یا تعداد و انقباضات ناکافی نیز اتفاق بیفتد. در هردوی این موارد، بسیاری از پزشکان برای افزایش پیشرفت درد، اکسی‌توسین به کار می‌برند.

✓ **اختلالات ایست ناگهانی:** اختلالات ایست ناگهانی در صورتی که دهانه‌ی رحم از باز شدن متوقف شود یا سر بچه برای بیش از دو ساعت در طول درد فعال پایین نیاید، اتفاق می‌افتد. اختلالات ایست ناگهانی اغلب با عدم تناسب سری ـ لگنی مربوط است (به نشانه‌ی قبلی، «اختلالات عدم کفایت زایمان» رجوع کنید)، ولی تزریق اکسی‌توسین ممکن است مشکل را حل کند. در صورتی که اکسی‌توسین اختلال ایست ناگهانی را کاهش ندهد، ممکن است به انجام سزارین نیاز داشته باشید.

مرحله‌ی دوم

مرحله‌ی دوم درد زمانی آغاز می‌شودکه دهانه‌ی رحم به‌طور کامل باز شده باشد (۱۰ سانتیمتر) و با به‌دنیا آمدن فرزندتان به پایان می‌رسد. این قسمت مرحله‌ی « زور زدن» است و در حدود یک‌ساعت برای فرزند اول و ۳۰ تا ۴۰ دقیقه برای زایمان‌های بعدی طول می‌کشد. اگر بی‌حسی اپیدورال انجام داده باشید، مرحله‌ی دوم ممکن است طولانی‌تر شود. مرحله‌ی دوم را به تفصیل در فصل ۱۰ توضیح می‌دهیم.

مرحله‌ی سوم

مرحله‌ی سوم، از زمان تولد بچه تا بیرون آمدن جفت است و معمولاً کمتر از ۲۰ دقیقه برای تمام زایمان‌ها طول می‌کشد. در فصل ۱۰ با جزئیات بیشتری در مورد این مرحله می‌پردازیم.

کنترل درد زایمان

در طول مرحله‌ی اول درد، درد به‌دلیل انقباضات رحم و باز شدن دهانه‌ی رحم به‌وجود می‌آید. درد ابتدا ممکن است احساسی شبیه به گرفتگی‌های عضلانی شدید در دوران قاعدگی باشد. ولی در مرحله‌ی دوم درد، کشیده شدن مجرای زایمان در حالی که بچه از میان آن عبور می‌کند، نوع دیگری از درد را می‌افزاید. اغلب احساس فشار شدیدی در قسمت پایین لگن یا مقعد وجود دارد. ولی هیچ‌یک از این دردها کشنده نیست. باید به‌خاطر تمرین‌های تنفسی و نرمش‌های آرام سازی‌ای که به‌خوبی تمرین شده، و در بسیاری موارد، بی‌حسی‌های جدید شکرگزار بود.

بسیاری از پزشکان اذعان دارند که درد زایمان حتی برای خانم‌هایی که با جدیت در کلاس‌های زایمان شرکت کرده‌اند، به‌طور ذاتی دردناک است. میزان درد و اشتیاق و توانایی تحمل آن در هر زنی متفاوت است. بعضی از خانم‌ها سعی می‌کنند به تنهایی یا با کمک تکنیک‌های تنفســی‌ای که در کلاس‌های زایمان آموخته‌اند، با درد کنار بیایند که انتخابی کاملاً قابل قبول است. عده‌ی کثیر دیگری مایل به دریافت دارو برای تحمل دردند، و مهم نیست چقدر آماده باشند.

حفظ کنید

فکر نکنید اگر برای کمک به درد زایمان به دارو نیاز پیدا کنید، از مقام مادری‌تان کم می‌شود یا اینکه دوران بارداری‌تان «طبیعی» نیست. همه‌ی ما نسبت به درد واکنش متفاوتی داریم؛ هم از لحاظ عاطفی و هم جسمانی؛ بنابراین حتی اگر بهترین دوست، خواهر یا مادرتان مرحله‌ی درد خود را بدون داروی مســکن یا با مقداری جزئی از آن گذرانده باشــد، اگر شــما آن را انتخاب کنید، دلیل بر ضعیف بودنتان نیست. به این صورت به آن نگاه کنید: خانم‌هایی که دچار درد طاقت‌فرســا می‌شوند، معمولاً نمی‌توانند به‌طور منظم تنفس کنند. عضلات خود را نیز منقبض می‌کنند، و با این کار، ممکن اســت تنها درد خود را طولانی کنند. آن‌ها اغلب تقلا نیز می‌کنند، که کنترل بچه را مشکل می‌کند.

دکترها در گذشــته، در اواخر مراحل درد به خانم‌ها بیهوشــی می‌دادند، ولی دیگر به‌ندرت از این تکنیک اســتفاده می‌کنند. به‌طور کلی دکترها امروزه برای کمک در کنترل درد زایمان به دو روش متوسل می‌شوند: روش سیستمی ــ که هم از طریق تزریق وریدی انجام می‌شــود و هم عضلانی ــ یا موضعی،که به‌صورت اپیدورال یا بی‌حسی موضعی دیگری استفاده می‌شود.

داروهای سیستمی

شایع‌ترین داروهایی که به‌صورت سیستمی استفاده می‌شود، از مشتقات داروی مخدر مرفین است ـ داروهایی مانند مپریدین (با نام تجارتی دمرول)، فنتانیل (سابلیمیز)، بوتورفانل (استادل) و نالبوفین (نوبین). از این داروها در صورت نیاز می‌توان هر ۲ تا ۴ ساعت، هم به‌صورت وریدی و هم عضلانی استفاده کرد.

حفظ کنید

هر دارویی که مصرف می‌کنید (حتی زمانی که باردار نیستید)، عوارض جانبی دارد، و مســکن‌هایی که برای تسکین درد در طول زایمان استفاده می‌شود، از این قاعده مستثنا نیست؛ اگرچه دکترتان، اغلب با ترکیب داروها آنچه بتواند برای کاهش این عوارض جانبی انجام می‌دهد. حالت تهوع، اســتفراغ، ســرگیجه و افت فشار خون، عوارض جانبی اصلی برای مادر است. میزان تأثیری که جنین یا نوزاد می‌پذیرد، به

میزان نزدیکی به زمان زایمان بستگی دارد که دارو به کار برده می‌شود. در صورتی که دو ساعت قبل از زایمان مقدار زیادی دارو داده شود، ممکن است نوزاد خواب‌آلود یا بی‌حال بشود. در موارد نادری، ممکن است تنفس او ضعیف باشد. در صورتی که این مشکل بارز باشد، دکتر شما یا پزشک نوزاد می‌تواند فوراً دارویی تجویز کند که اثر داروی مسکن را از بین برده یا خنثا کند. هیچ‌دلیلی حاکی از آن نیست که این داروها، در صورتی که به مقدار مناسب و با بررسی دقیق تجویز شود، تأثیری بر پیشرفت درد یا میزان زایمان‌های سزارین داشته باشد.

داروهای بی‌حسی موضعی

داروهای سیستمی از طریق جریان خون به تمام اعضای بدن پخش می‌شود. با این وجود بیشترین درد زایمان و وضع حمل در رحم، مهبل، و مقعد متمرکز است. بنابراین گاهی اوقات از داروی بی‌حسی برای از بین بردن درد در این نقاط خاص استفاده می‌شود. بی‌حسی موضعی مانند زمانی است که نزد دندانپزشک تزریقی برای از بین بردن درد در لثه‌هایتان صورت می‌گیرد. داروهایی که برای بی‌حسی موضعی استفاده می‌شود، می‌تواند داروهای بی‌حسی موضعی (مانند لیدوکائین)، یک ماده‌ی مخدر (مانند داروهایی که در بخش قبلی گفته شد)، یا ترکیبی از این دو باشد. تکنیک‌های رایجی که برای تسکین موضعی درد به کار برده می‌شود، شامل بی‌حسی اپیدورال، بی‌حسی نخاعی و بی‌حسی‌های موضعی قسمت دمی، نشیمنگاه و شرمگاهی است.

بی‌حسی اپیدورال

بی‌حسی اپیدورال احتمالاً رایج‌ترین نوع تسکین درد زایمان است. تقریباً در تمام جهان، خانم‌هایی که این کار را انجام داده‌اند می‌گویند، «چرا زودتر این کار را انجام ندادم؟» یا اینکه «چرا در این مورد تردید داشتم؟» یک متخصص بیهوشی دوره‌دیده در گذاشتن سوند اپیدورال باید بی‌حسی اپیدورال را انجام دهد؛ بنابراین ممکن است اپیدورال در هر بیمارستانی مقدور نباشد.



در روش اپیدورال، یک سوند پلاستیکی ظریف از طریق یک سوزن وارد کمر شما می‌شود و درون فضای بالای پرده‌ای قرار می‌گیرد که نخاع را می‌پوشاند. متخصص بیهوشی قبل از وارد کردن سوزن، با داروی بی‌حسی موضعی پوست‌تان را بی‌حس می‌کند. هنگامی که سوزن وارد می‌شود، ممکن است احساس گزگز خفیفی در پاهایتان داشته باشید، ولی در واقع روش کار برای اکثر خانم‌ها دردناک نیست. پس از آنکه سوند در جای خود قرار گرفت، می‌توان دارو را از این طریق فرستاد تا اعصابی را که از قسمت پایین نخاع می‌آید بی‌حس کرد؛ اعصابی که به رحم،

مهبل و پرینه می‌رود. سـوند (نه سوزن) در طول درد در جای خود می‌ماند تا در مواردی که به مقدار بیشتری از بی‌حسی برای مابقی درد و وضع حمل نیاز داشته باشد، پر شود.

مزیت اصلی بی‌حسی اپیدورال آن است که از مقدار کمتری داروی مسکن استفاده می‌شود. به هرحال، به دلیل آنکه اعصاب حسی شما بسیار نزدیک به اعصاب حرکتی اسـت، مقدار زیاد داروی بی‌حسی می‌تواند موقتاً بر توانایی شما برای حرکت دادن پاهایتان در طول درد تأثیر بگذارد.

مقدار و نوع دارویی که نیاز دارید، برحسـب مرحله‌ی درد شـما تنظیم می‌شود. در طول مرحله‌ی اول، مسـکن بر روی انقباضات رحمی، و در طول مرحله‌ی دوم (زور زدن)، بر روی مهبل و پرینه متمرکز می‌شـود، که به‌دلیل عبور بچه از آن منبسط شده است.

سال‌ها قبل، متخصصان بیهوشی از اوایل درد اپیدورال نمی‌کردند، زیرا بیماران را تا ادامه‌ی درد محدود به تخت می‌کرد. اما اخیراً، اپیدورال‌های قابل راه رفتن برای این مرحله‌ی اغلب دردناک، رایج‌تر شده است (نوعی که به شما امکان راه رفتن می‌دهد، زیرا آن‌ها از داروهایی استفاده می‌کنند که تأثیری بر عملکرد حرکتی ندارد یا بسیار جزئی است). اما برخی از متخصصان بیهوشی، در مورد کارآیی این نوع از اپیدورال در تسکین درد تردید دارند.

اپیدورال در زایمان‌های سـزارین نیز درد را از بین می‌برد، اگرچه داروهای متفاوتی با مقادیر متفاوت مورد اسـتفاده قرار می‌گیرد. در حقیقت، اپیدورال برای سـزارین بسیار رایج است، زیرا مادر می‌تواند در طول زایمان هوشیار باشد و به‌دنیا آمدن فرزند خود را تجربه کند. اما در مواردی که زایمان سزارین باید به صورت اضطراری انجام شـود، یا زمانی که مادر با مشکلات لخته شـدن خون مواجه است، انجام اپیدورال امکان‌پذیر نیست.

زمانی، دکترها فکر می‌کردند بی‌حسی اپیدورال، مخصوصاً اگر زود انجام شود، باعث طولانی شـدن درد می‌شود و نیاز به فورسپس، دسـتگاه مکنده یا زایمان سزارین را افزایش می‌دهد. به همین دلیل، بسـیاری از پزشکان برای توصیه‌ی اپیدورال به بیماران خود بی‌میل بودند. امروزه اکثر دکترها قبول دارند این مشکلات زمانی که یک متخصص بیهوشـی باتجربه، اپیدورال را بعد از آنکه درد به‌خوبی تثبیت شود، انجام دهد، بی‌اهمیت است، و مزایای آن بر خطرات آن غالب است.

گاهی اپیدورال باعث از بین بردن حس شما در زمانی می‌شود که مثانه کاملاً پر شده است، بنابراین ممکن است برای خالی کردن مثانه‌ی خود به سوند نیاز داشته باشید. در چنین مواردی، ممکن است اپیدورال اعصاب حرکتی را در جایی بی‌حس کند که

برای فشار آوردن مشکل داشته باشید. همچنین ممکن است با افت سریع فشار خون مواجه شوید که می‌تواند به افت موقت ضربان قلب بچه منجر شود.

در مجموع، کنترل درد، تجربه‌ی کلی درد و وضع حمل را برای مادر و همسرش (و کسی که زایمان را نیز انجام می‌دهد!) بسیار لذت‌بخش‌تر می‌کند. ما قطعاً از اپیدورال برای کنترل درد حمایت می‌کنیم. در واقع، جوآن هنگامی که باردار بود، به شوخی گفت مایل است در ۳۵ هفتگی به‌عنوان یک اقدام احتیاط‌آمیز، برای او بی‌حسی اپیدورال گذاشته شود تا هیچ دردی احساس نکند.

بی‌حسی نخاعی

بی‌حسی نخاعی شبیه اپیدورال است، با این تفاوت که دارو درون فضایی که زیر پرده‌ی محافظ نخاع است، تزریق می‌شود. این تکنیک اغلب برای زایمان سزارین استفاده می‌شود، مخصوصاً اگر به سزارین ناگهانی نیاز باشد و هیچ اپیدورالی در طول درد گذاشته نشود. اطلاعات فراهم‌شده در بخش قبلی در مورد اپیدورال (با توجه به مقدار داروی مورد نیاز و خطرات همراه با آن)، در بی‌حسی نخاعی نیز صادق است.

بی‌حسی‌های موضع دمی و نشیمنگاه

بی‌حسی موضعی دمی (که در قسمت انتهایی یا پایینی مجرای نخاع گذاشته می‌شود)، و بی‌حسی موضعی نشیمنگاه (که همان منطقه از پاها و کشاله‌ی ران را بی‌حس می‌کند که در تماس با نشیمنگاه زمانی است که روی آن می‌نشینید) شامل قرار دادن داروها در قسمت بسیار پایین مجرای نخاع است؛ بنابراین داروها تنها اعصاب دردی را که به مهبل و پرینه (منطقه‌ی بین مهبل و مقعد) می‌رود، تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. این روش‌ها شروع سریع‌تری برای از بین بردن درد دارد، ولی اثر آن زودتر از بین می‌رود. انجام این بی‌حسی‌ها نیز نیازمند تبحر قابل ملاحظه‌ای برای متخصص بیهوشی است، و در همه‌جا مقدور نیست.

بی‌حسی‌های شرمگاهی

دکتر شما می‌تواند با تزریق داروی بی‌حسی داخل مهبل، در محلی نزدیک به اعصاب شرمگاهی، بی‌حسی انجام دهد. این تکنیک قسمت مهبل و پرینه را بی‌حس می‌کند، ولی برای از بین بردن درد انقباضات کاری انجام نمی‌دهد.

بیهوشی عمومی

زمانی که بیهوشی عمومی دارید، توسط یک متخصص بیهوشی با استفاده از داروهای مختلف، کاملاً بیهوش می‌شوید. دکترها تقریباً دیگر از این روش برای درد زایمان

استفاده نمی‌کنند، و این تکنیک تنها ندرتاً برای زایمان‌های سزارینی استفاده می‌شود که با خطر بیشتری از عوارض مربوط است. بیهوشی عمومی باعث می‌شود در طول به‌دنیا آمدن فرزند خود خواب باشید. ولی در صورتی که مشکل لخته شدن خون داشته باشید که قرار دادن سوزن را درون ستون فقراتتان منتفی کند، یا اگر سزارینتان فوریت داشته باشد و وقتی برای انجام اپیدورال نباشد، باید از بیهوشی عمومی استفاده شود.

روش‌های جایگزین برای کنترل درد زایمان

بسیاری از خانم‌ها برای هموار کردن زمان درد، از روش‌های گوناگون غیرطبی برای کنترل درد استفاده می‌کنند. برای مثال بعضی خانم‌ها، از هیپنوتیزم استفاده می‌کنند، یعنی از قدرت تلقین برای القای یک وضعیت آگاهی تغییریافته که بدن می‌تواند راحت‌تر درد را تحمل کند. فردی که در زمینه‌ی هیپنوتیزم آموزش دیده، می‌تواند این وضعیت را القا کند، و برخی از بیماران می‌توانند خود هیپنوتیزم را بیاموزند.



هفته‌ها قبل از درد زایمان، به منظور دستیابی به از بین بردن واقعی درد از طریق هیپنوتیزم، به آمادگی و آموزش قابل ملاحظه‌ای نیاز دارید، و این مسئله برای همه‌کس نیز کارآمد نیست. از هر چهار یا پنج نفر فقط یک نفر سطح تلقین‌پذیری بالایی دارد که لازمه‌ی دستیابی به هیپنوتیزم است.

سایر روش‌های جایگزین برای کنترل درد، شامل طب سوزنی، انواع مختلفی از گیاهان دارویی، و ماساژ است؛ از جمله رفلکسولوژی که نوعی ماساژ مخصوص برای پا است. کتاب‌های متعددی در مورد این روش‌ها در کتابخانه‌ها یا کتاب‌فروشی‌ها موجود است. البته شاید مایل به صحبت با کسی باشید که تکنیک خاص مورد علاقه‌تان را انجام می‌دهد.

در نظر گرفتن روش‌های متفاوت زایمان

هر روز تعداد بیشتری از خانم‌ها علاقه‌ی خود را نسبت به روش‌های زایمان غیرسنتی یا جایگزین ابراز می‌کنند، و امکانات بیشتر و بیشتری موجود است. قطعاً، انتخاب‌های زیر برای هرکسی امکان ندارد، ولی آگاهی از آنچه میسر است، می‌تواند مؤثر باشد.

زایمان بدون بی‌حسی

«زایمان طبیعی» معمولاً به زایمانی گفته می‌شود که بدون هیچ نوع دارو یا بی‌حسی‌ای انجام شود. (احتمالاً اصطلاح مناسبی نیست، زیرا استفاده از داروهای مسکن فرایند زایمان را غیرطبیعی نمی‌کند.) فرضیه‌ای که پشت زایمان طبیعی وجود دارد، این

است که زایمان یک فرایند طبیعی و سلامتی ذاتی است و اینکه بدن زنان به‌گونه‌ای به‌وجود آمده که بدون نیاز به داروها از عهده‌ی زایمان برمی‌آید.

زایمان طبیعی به خانم‌ها امکان کنترل قابل ملاحظه‌ای نسبت به فرایند زایمان و بدن خود می‌دهد؛ بر انتخاب زن برای وضعیت‌هایی که راحت است، اینکه چقدر مایل به حرکت است، و اینکه مایل به استفاده از چه تکنیک‌هایی است تا در حد امکان راحت باشد، تأکید می‌کند. زایمان طبیعی می‌تواند در یک مجموعه‌ی بیمارستانی، زایشگاه، یا حتی در خانه انجام شود. برخی از پزشکان با تمام جنبه‌های زایمان طبیعی راحت نیستند، زیرا مایل نیستند در انجام کاری محدود شوند که احساس می‌کنند از لحاظ پزشکی ضرورت یا اهمیت دارد. با پزشک خود در مورد آنچه او احساس راحتی می‌کند صحبت کنید تا زایمانتان تا حد امکان یک تجربه‌ی فوق‌العاده باشد.

زایمان در خانه

زایمان‌هــای در خانه در ایالات متحده، با کمتر از یک درصد از زنانی که زایمان در خانه را انتخاب می‌کنند، دیگر نسبتاً رایج نیست. با وجود این، برای برخی از خانم‌ها، زایمان در خانه محیط ایده‌آلی برای به‌دنیا آوردن فرزندشان فراهم می‌کند. معمولاً برای زایمان‌های در خانه، یک ماما حضور پیدا می‌کند، و یک متخصص زایمان در مواردی که مشکلاتی بروز کند، به‌طور تلفنی در دسترس است. زایمان‌های در خانه مسلماً برای خانم‌هایی مناسب است که در حداقل خطرات ناشی از عوارض قرار دارند. اطلاعات مبنی بر ایمنی زایمان‌های در خانه متناقض است: اگرچه برخی از مطالعات نشان می‌دهد زایمان‌های در خانه با خطرات بیشتری برای مادر و بچه مرتبط است، مطالعات دیگر نشان می‌دهد زایمان در خانه برای خانم‌های سالم و کم‌خطر، حداقل به اندازه‌ی بیمارستان بدون خطر است.

فرو بردن بدن در آب برای زایمان در آب

زایمان در آب به زایمانی گفته می‌شود که بیشترین زمان درد در داخل آب سپری شود، حتی با امکان به‌دنیا آمدن بچه در آب. زایمان‌های در آب معمولاً در زایشگاه، با کمک یک ماما انجام می‌شــود؛ گرچه برخی از بیمارستان‌ها استخرها یا وان‌هایی برای این منظور فراهم می‌کنند. اگرچه برخی از متخصصان انجمن پزشکی معتقدند زایمان در آب یک روش مطمئن است، عده‌ای دیگر در مورد ایمنی آن نگرانی‌هایی جدی دارند.

فصل ۱۰

زایمان: به دنیا آوردن فرزند

در این فصل

- زور زدن برای پایان دادن به زایمان طبیعی
- کمک به پیشروی کارها با فورسپس یا دستگاه مکنده
- آمادگی برای زایمان سزارین
- نگاهی به دقایق اولیه بعد از زایمان

زمانی که به آخرین مرحله‌ی دوم درد می‌رسید، به نقطه‌ی وضع حمل بسیار نزدیک می‌شوید. حالا زمانی است که انتظارش را می‌کشیدید و خود را برای آن آماده می‌کردید. به‌خاطر داشته باشید نیازی نیست زودتر از موقع نگران شوید. می‌توانید خود را با شرکت در کلاس‌های زایمان یا مثلاً خواندن این کتاب آماده کنید. به‌خاطر داشته باشید پزشک شما و دستیار او در اتاق زایمان، شما را در طول این فرایند راهنمایی می‌کنند. کمک آن‌ها را قبول کرده و اعتماد کنید. به خودتان نیز اعتماد داشته باشید و بگذارید این جریان طبیعی در هر مرحله پیش برود.

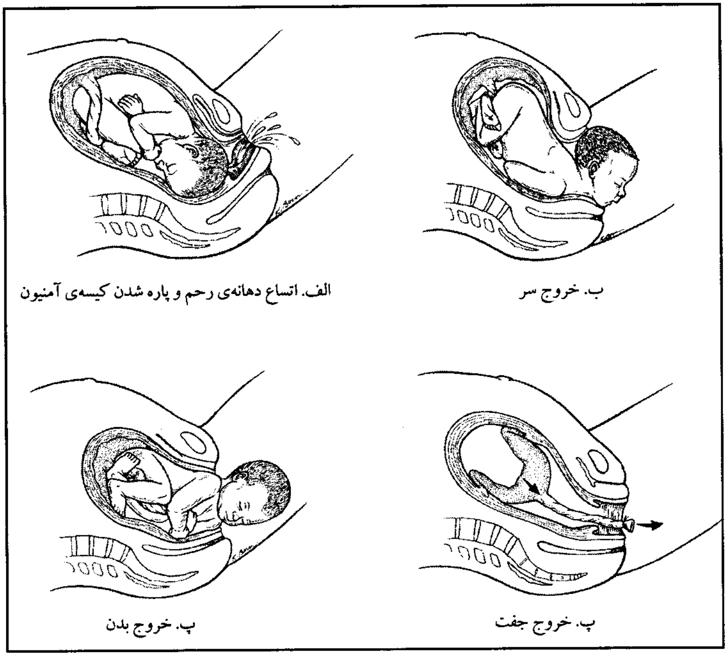
اساساً نوزادان به یکی از سه روش زیر به‌دنیا می‌آیند: از طریق مجرای زایمان با فشار آوردن شما، از طریق مجرای زایمان با کمی کمک (فورسپس یا دستگاه مکنده) یا از طریق سزارین. روش مناسب برای شما به عوامل متعددی بستگی دارد، که شامل سابقه‌ی پزشکی شما، شرایط بچه، و اندازه‌ی لگن‌تان نسبت به اندازه‌ی بچه است.

زایمان طبیعی

اکثر مادران در انتظار، در طول ۴۰ هفته از دوران بارداری خود به زایمان واقعی فکر می‌کنند. اگر برای اولین بار است صاحب فرزند می‌شوید، ممکن است کاملاً ترسناک به نظر برسد. حتی اگر قبلاً هم فرزندی داشته باشید، کمی نگرانی تا زمانی که کودک زیبای خود را ببینید، طبیعی است. گرچه داشتن کمی آگاهی سهم بسزایی دارد، و اطلاع یافتن و آمادگی برای تمام احتمالات همیشه مؤثر است.

رایج‌ترین روش زایمان، البته، زایمان طبیعی است. (شکل ۱-۱۰ شمایی کلی از این جریان را به شما نشان می‌دهد.) به احتمال زیاد، آنچه را دکترها زایمان طبیعی خود به خود می‌گویند تجربه خواهید کرد، به این معناست که در نتیجه‌ی فشار آوردن شما بدون نیاز به مداخله‌ی زیادی پیش می‌رود. اگر نیاز به کمی کمک داشته باشید، با فورسپس یا دستگاه مکنده انجام می‌شود. زایمانی که به استفاده از هریک از این ابزارها برای کمک به بیرون کشیدن بچه نیاز داشته باشد، زایمان طبیعی با ابزار کمکی گفته می‌شود. ما هر دو نوع آن را در این فصل توضیح می‌دهیم.

در طول مرحله‌ی اول درد، دهانه‌ی رحم شما باز و پرده‌های جنینی پاره می‌شود. هنگامی که دهانه‌ی رحم شما کاملاً باز شود (تا ۱۰ سانتیمتر)، به آخرین مرحله از اولین مرحله‌ی درد می‌رسید و برای وارد شدن به مرحله‌ی دوم آماده می‌شوید، که با زور زدن، بچه را از طریق مجرای زایمان (مهبل) حرکت داده و در واقع خارج می‌کنید. در پایان مرحله‌ی اول، ممکن است احساس فشار فوق‌العاده زیادی در مقعد خود داشته باشید. این احساس به احتمال زیاد در طول انقباضات به بیشترین حد خود می‌رسد. سرِ فرزند شما در مجرای زایمان پایین می‌آید و به اندام‌های داخلی همجوار فشار می‌آورد که نتیجه‌ی چنین احساسی است.



الف. اتساع دهانه‌ی رحم و پاره شدن کیسه‌ی آمنیون

ب. خروج سر

پ. خروج بدن

پ. خروج جفت

شکل ۱-۱۰: شمای کلی از جریان زایمان.

اگر اپیدورال انجام دهید (یک نوع بی‌حسی موضعی برای از بین بردن درد؛ به فصل ۹ رجوع کنید)، ممکن است این فشار را احساس نکنید، یا احساس آن کمتر باشد. اگر آن را احساس می‌کنید، به پرستار یا پزشک خود بگویید، زیرا احتمالاً نشانه‌ی بسته شدن دهانه‌ی رحم است تا باز شدن آن و ممکن است زمان آن باشد که فشار بیاورید. پرستار یا پزشک برای تأیید باز شدن کامل دهانه‌ی رحم شما معاینه‌ی داخلی انجام می‌دهد. در این صورت، به شما می‌گوید شروع به وارد آوردن فشار بکنید.



اینکه پرستار، دکتر یا ماما در طول فشار آوردن، شما را راهنمایی کنند، در هر بیمارستان و از هر پزشکی به پزشک دیگر متفاوت است. عامل مهم این است که یک نفر درکنار شماست تا در این مرحله از درد به شما کمک کند.

گاهی اوقات زمانی که سر بچه هنوز نسبتاً بالای لگن است، دهانه‌ی رحم شما کاملاً باز شده است. در این مورد، ممکن است پزشک از شما بخواهد قبل از شروع به فشار آوردن، صبر کنید تا انقباضات سر را پایین بفرستد.

بیرون آوردن بچه با فشار

معمولاً مرحله‌ی فشار آوردن، بنا بر وضعیت و جثه‌ی بچه، اینکه اپیدورال انجام داده‌اید یا نه، و اینکه فرزندان دیگری دارید یا نه، عموماً ۳۰ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد (گرچه گاهی تا سه ساعت نیز طول می‌کشد). (اگر اولین زایمانتان نیست، ممکن است دهانه‌ی رحمتان از هفته‌ها قبل از موعد زایمان شروع به باز شدن کند، و پس از آنکه به‌طور کامل باز شد، ممکن است تنها با یک یا دو بار فشار آوردن زایمان کنید!) پرستار یا پزشک شما دستورات خاصی بر نحوه‌ی وارد آوردن فشار به شما می‌دهد. هنگامی که فشار وارد می‌کنید، فرزندتان در مجرای خود به سمت پایین حرکت می‌کند. خانم‌ها اغلب به محض آنکه سر بچه داخل لگن پایین می‌آید، شروع به وارد آوردن فشار می‌کنند. پس از آنکه در این مرحله قرار گرفتید، معمولاً می‌توانید با وارد آوردن یک یا دو فشار اضافی، سر بچه را بیرون بفرستید. سپس، بعد از آنکه دهان بچه خالی و تمیز شد، معمولاً با یک فشار بیشتر، بدن بچه به راحتی بیرون می‌آید.

امکان قرار گرفتن در وضعیت‌های متعددی برای وارد آوردن فشار دارید (به شکل ۲-۱۰ نگاه کنید). رایج‌ترین آن وضعیت لیتوتومی است. در این وضعیت، به عقب خم می‌شوید و زانوهای خم‌شده‌ی خود را به سمت سینه می‌کشید. هدف قرار گرفتن بدن شما به شکل یک C است. وضعیت زیاد خوشایندی نیست، ولی به رحم و لگن کمک می‌کند تا در وضعیتی که زایمان را نسبتاً راحت می‌کند، در یک ردیف قرار گیرند.

وضعیت‌هـای دیگری کـه می‌تواند مؤثر باشـد، نـوع چمباتمـه زدن یا وضعیت زانو ـ سـینه قرار گرفتن اسـت. مزیت چمباتمه زدن این است که نیروی جاذبه به شما کمک می‌کند. اشکال آن این است که شاید از ماندن در این وضعیت به مدت طولانی بسیار خسته شوید، و هر نوع وسیله‌ی کنترل یا سرمی که ممکن است داشته باشید، می‌تواند دست و پا گیر باشد. وضعیت زانو ـ سینه روشی است که در حالی که بر روی چهار دست و پای خود قرار می‌گیرید، فشار وارد می‌کنید. این وضعیت گاهی که سـر بچه در مجرای زایمان چرخیده است، به‌طریقی که بیرون فرستادن بچه را در وضعیت لیتوتومی یا چمباتمه مشـکل می‌کند، مؤثر اسـت. وضعیت زانو ـ سـینه ممکن اسـت برای بعضی از خانم‌ها عذاب‌آور و تحمل آن به مدت طولانی مشکل باشد. پیدا کردن وضعیتی که احساسی خوشایند و کارآمدتر داشته باشد، به کمی آزمایش نیاز دارد.

نکته

در صورتی که متوجه شـدید پیشرفتی نمی‌کنید، سعی کنید وضعیت‌های خود را تغییر دهید.



شکل ۲-۱۰: وضعیت‌هایی که هنگام زایمان می‌توانید فرض کنید.

هنگامی که تازه احســاس انقباض می‌کنید، احتمالاً پرســتار یا پزشــک به شــما می‌گوید یک نفس عمیق کامل بکشید. پس از آن مجدداً نفس عمیقی بکشید، هوا را نگه دارید، و سریع فشار بیاورید. فشار را به سمت مقعد و پرینه (منطقه‌ای بین مقعد و مهبل) متمرکز کنید، ســعی کنید عضلات مهبل و مقعد خود را منقبض نکنید. مانند زمانی که اجابت مزاج می‌کنید فشار بیاورید. اگر هنگام فشار آوردن مقداری مدفوع از شــما خارج شــد، نگــران یا مضطرب نشــوید. (در صورت بروز چنین مسئله‌ای، پرستار فوراً پرینه را تمیز می‌کند.) این قاعده است نه استثنا، و تمام افرادی که برای مراقبت از شــما کمک می‌کنند، قبلاً بارها چنین چیزی را دیده‌اند. در حقیقت، دفع مدفوع نشانه‌ای از فشار آوردن صحیح شماست، بنابراین به خودتان تبریک بگویید. ســعی کنید فقط هنگام تلاش برای بیرون فرســتادن بچه جلوی آن را بگیرید.

هر فشــار را در حدود ده ثانیه نگه دارید. بســیاری از پرســتاران تا ده می‌شمارند یــا از راهنمایتــان می‌خواهند تا ده بشــمارد تا به شــما بــرای اندازه‌گیری زمان کمک شــود. پس از شــمارش تا ده، به‌سرعت نفســی را که نگه داشته بودید آزاد کنید، یک نفس عمیق دیگر بکشــید، و برای ده ثانیه‌ی دیگر دوباره، دقیقاً مانند بار قبل فشار وارد کنید. احتمالاً با هر انقباض، برحسب طول انقباض سه بار فشار وارد می‌کنید.

در بین انقباضات، نهایت سعی خود را برای حفظ آرامش و استراحت بکنید تا بتوانید برای دور بعدی آماده باشــید. اگر پزشکتان موافق باشد، ممکن است راهنمای شما مقداری خرده یخ به شــما بدهد، یا پیشــانی‌تان را با یک پارچه‌ی خنک و مرطوب نوازش دهد.

پس از آنکه فرزندتان به میزان کافی در مجرای زایمان پایین آمد، در طول تلاش‌های شــما برای فشار آوردن، سر بچه قابل رؤیت می‌شود. به اولین نگاه اجمالی، ظاهر شدن فرق سر (Crowning) گفته می‌شود، زیرا پزشک شما فرق سر بچه را می‌بینند. در برخی از اتاق‌های زایمان آیینه‌هایی وجود دارد تا شما نیز بتوانید فرق سر بچه را ببینید، و بسیاری از خانم‌ها تمایلی برای نگاه کردن ندارند. (اگر مایل نیستید، احســاس بد یا بی‌کفایتی نداشته باشید ـ شما به اندازه‌ی کافی مشغول هستید.) بعد از انقباض، ممکن اســت ســر بچه مجدداً در بالای مجرای زایمان ناپیدا شود. این تو بردن طبیعی اســت. بچه با هر فشــار، کمی پایین‌تــر می‌آید و پس از آن کمی عقب می‌رود.

نگاه کردن یا نگاه نکردن

بعضی از همسران مایلند هر آنچه را در طول زایمان اتفاق می‌افتد تماشا کنند، عده‌ای دیگر حتی از بودن در اتاق زایمان نیز ناراحت می‌شوند. به همین صورت، بعضی از خانم‌ها مایلند شوهرانشان شاهد همه‌چیز باشند، و عده‌ای دیگر ترجیح می‌دهند همسرانشان آن‌ها را در این شرایط نبینند. هرچه در این باره احساس می‌کنید، به همسر خود بگویید؛ بدین طریق تا حد ممکن می‌توانید باعث راحتی همدیگر شوید. شما یا همسرتان اصلاً نباید در این لحظه که باید مایه‌ی خوشبختی و لذت باشد، معذب باشید.

انجام اپیزیوتومی

درست قبل از تولد، سر بچه پرینه (منطقه‌ی بین مهبل و مقعد) را منبسط می‌کند و پوست اطراف مهبل را می‌کشد. از آنجا که سر بچه از طریق دهانه‌ی مهبل بیرون می‌آید، ممکن است موجب پاره شدن بافت‌های قسمت پشتی یا خلفی دهانه‌ی مهبل شود؛ گاهی اوقات پارگی حتی به داخل مقعد نیز کشیده می‌شود. برای به حداقل رساندن پارگی پوست اطراف و عضلات پرینه، ممکن است پزشک شما اپیزیوتومی انجام دهد ــ که ایجاد یک برش در قسمت پشتی دهانه‌ی مهبل به اندازه‌ای است که سر بچه با حداقل پارگی یا فراهم کردن اتاق دیگری برای زایمان، امکان بیرون آمدن را پیدا کند. اگرچه اپیزیوتومی احتمال پارگی شدید را کاهش می‌دهد، تضمین نمی‌کند که دچار آن نخواهید شد (یعنی برشی که برای اپیزیوتومی انجام می‌شود، ممکن است حتی قبل از آنکه سر بچه بیرون بیاید، پارگی ایجاد کند).

پزشک شما تا زمانی که سر بچه تقریباً بیرون نیاید، نمی‌داند به اپیزیوتومی نیاز دارید یا نه. برخی از دکترها به‌طور معمول اپیزیوتومی انجام می‌دهند، و برخی منتظر می‌مانند تا ضرورت آن تشخیص داده شود. اپیزیوتومی در خانم‌هایی که زایمان اول دارند، رایج‌تر از کسانی است که قبلاً نیز زایمان داشته‌اند، زیرا پرینه پس از زایمان قبلی راحت‌تر کشیده می‌شود.

نوع اپیزیوتومی انجام‌شده، به بدن شما، وضعیت سر بچه یا به صلاحدید پزشکتان بستگی دارد. پزشکان می‌توانند یکی از دو نوع اصلی اپیزیوتومی را انتخاب کنند: میانی (صاف از مهبل به سمت مقعد پایین می‌آید) و میان‌جانبی (با زاویه‌ای از مقعد فاصله می‌گیرد). در صورتی که اپیدورال انجام نداده باشید، می‌توان با بی‌حسی موضعی آن موضع را بی‌حس کرد.

اپیزیوتومی میانی بعدها کمتر موجب اذیت و ناراحتی می‌شود، و ممکن است راحت‌تر ترمیم شود. (برای اطلاعات بیشتر در مورد مراقبت و بهبود ترمیم‌های اپیزیوتومی،

به فصل ۱۲ رجوع کنید). به هرحال، اپیزیوتومی میانی احتمال نسبتاً بیشتری برای امتداد یافتن تا مقعد دارد. اپیزیوتومی میان‌جانبی، از طرفی دیگر، ممکن است ناراحت‌کننده‌تر باشد، ولی احتمال کمتری برای امتداد یافتن تا مقعد هنگامی که سر بچه در حال عبور است، می‌یابد.

اکثر پارگی‌هایی که در طول زایمان به‌وجود می‌آید، در پرینه یا باز شدگی‌های اپیزیوتومی است. (به توضیحی که پیشتر در این فصل داده شده رجوع کنید). گاهی، مخصوصاً هنگامی که جثه‌ی بچه درشت است یا زایمان طبیعی با ابزار کمکی دارید، پارگی‌ها در نقاط دیگری از جمله دهانه‌ی رحم، دیواره‌ی مهبل، لب‌ها یا در بافت اطراف پیشابراه به‌وجود می‌آید. پزشک شما پس از وضع حمل، مجرای زایمان را به‌دقت بررسی می‌کند و هر نوع پارگی‌ای را که به ترمیم نیاز داشته باشد، می‌دوزد. این پارگی‌ها معمولاً به‌سرعت ترمیم می‌شود و تقریباً هرگز موجب بروز مشکلات درازمدت نمی‌شود.

کنترل مرحله‌ی دوم دردی که طولانی شده است

اگر اولین فرزند خود را به دنیا می‌آورید و بیش از دو ساعت (یا در صورتی که اپیدورال کرده‌اید، سه ساعت) در مرحله‌ی دوم باقی بمانید، درد طولانی قلمداد می‌شود. در صورتی که دومین یا چندمین فرزند خود را به دنیا می‌آورید، طول کشیدن مرحله‌ی دوم به اندازه‌ی یک‌ساعت نیز (در صورتی که اپیدورال کرده‌اید، دو ساعت)، طولانی قلمداد می‌شود.

مرحله‌ی دوم طولانی ممکن است به‌خاطر عدم انقباضات کافی یا عدم تناسب سر با لگن باشد (به فصل ۹ رجوع کنید). گاهی سر بچه در وضعیتی است که مانع از پایین آمدن بیشتر می‌شود. اکسی‌توسین (پیتوسین) می‌تواند مؤثر باشد، یا ممکن است پزشک شما سعی در چرخاندن سر بچه کند. همچنین ممکن است برای فشار آوردن کارآمد سعی در تغییر وضعیت خود بکنید. گاهی اوقات فورسپس (به «نوع کمک‌کننده: زایمان طبیعی با ابزار کمکی» بعداً در این فصل رجوع کنید) در صورتی که سر بچه به مقدار کافی در مجرای زایمان پایین باشد، به کمک می‌آید. اگر تمام موارد ناموفق باشد، ممکن است دکترتان به انجام سزارین توصیه کند.

لحظه‌ی بزرگ: به‌دنیا آوردن فرزند

هنگامی که سر بچه در بین انقباضات قابل رؤیت باقی بماند، پرستار به شما کمک می‌کند در وضعیت زایمان قرار گیرید. اگر در اتاق زایمان وضع حمل می‌کنید، تنها

مادران باردار می‌پرسند...

س: «آیا واقعاً به اپیزیوتومی نیاز دارم؟»

ج: پاسخ به این سؤال به عوامل متعددی، از جمله نقطه‌نظر پزشک شما بستگی می‌یابد. این مسئله موضوعی است که مکرراً در میان افرادی که نوزادان را به‌دنیا می‌آورند مورد بحث قرار می‌گیرد. و همان‌طور که می‌دانید، یک موضوع مهم برای بحث در میان خانم‌های باردار است. بسیاری از پزشکان معتقدند ترمیم یک بریدگی کنترل‌شده در پرینه آسان‌تر از ترمیم هر نوع پارگی غیرکنترل‌شده بر پوست و عضلات پرینه است که ممکن است بدون اپیزیوتومی به‌وجود بیاید. همین افراد معمولاً ادعا می‌کنند اپیزیوتومی‌ها بهتر نیز ترمیم می‌شود. اگرچه دکتر ممکن است لایه‌های بافت را در یک برش بهتر از یک پارگی مشاهده کند، متخصصان پزشکی مطمئن نیستند تفاوت مهمی وجود داشته باشد. به توافق رسیدن بر سر این موضوع، واقعیتی است که قبل از درد مشکل می‌توان گفت بیمار به اپیزیوتومی نیاز دارد یا نه.

در طول زایمان، سر بچه دهانه‌ی مهبل را هنگامی که مادر فشار می‌آورد می‌کشد.بسیاری از مواقع مجرای زایمان به حد کافی کشیده می‌شود که سر بچه نیازی به فضای بیشتری که از طریق اپیزیوتومی ایجاد می‌شود، ندارد. سپس مجدداً، این اتفاق نمی‌افتد. اگر بتوانید سر را در پرینه «نگه دارید» تا کشش بیشتری واقع شود، ممکن است بتوانید به اوضاع کمک کنید. ولی نگه داشتن سر در آنجا، گفتنش راحت‌تر از عمل کردن بدان است، زیرا سر بچه فشار فوق‌العاده‌ای وارد می‌کند. یک مزیت احتمالی اپیدورال این است که باعث کندتر بیرون آمدن سر می‌شود و بنابراین امکان نیاز به اپیزیوتومی کاهش می‌یابد.

کاری که لازم است، این است که قسمت پایینی تخت برداشته شود و حایل‌های پا گذاشته شود. اگر لازم باشد به اتاق دیگری برای زایمان منتقل بشوید (بیشتر شبیه یک اتاق عمل)، پرستارتان، شما و تمام مانیتورها را با یک برانکار منتقل می‌کند. چه در اتاق زایمان چه در اتاق دیگری برای زایمان وضع حمل کنید، هر دو به امکانات جایی که زایمان می‌کنید و عوامل خطری که ممکن است داشته باشید، بستگی می‌یابد.

پس از آنکه در وضعیت زایمان قرار گرفتید، باید همچنان با هریک از انقباضات خود فشار وارد کنید. دکتر یا پرستار شما پرینه را معمولاً با محلول بتادین تمیز می‌کند، و یک پارچه‌ی استریل بر روی پاها می‌اندازد تا محیط را برای نوزاد تا حد امکان پاکیزه نگه دارد. همچنان که فشار وارد می‌کنید، پرینه هرچه بیشتر کشیده می‌شود. نیاز به انجام اپیزیوتومی معمولاً در لحظات آخر مشخص می‌شود.

با هر فشار، سر بچه پایین و پایین‌تر می‌آید تا اینکه در نهایت از مجرای زایمان بیرون می‌آید. پس از آنکه سر بچه بیرون آمد، پزشکتان از شما می‌خواهد دیگر فشار

نیاورید تا بتواند قبل از آنکه مابقی بدن نوزاد بیرون بیاید، ترشحات داخل دهان و بینی او را با ساکشن تمیز کند.

نکته

خودداری از فشار آوردن در این مقطع به‌دلیل فشار شدید در موضع پرینه، می‌تواند مشکل باشد؛ نفس‌نفس زدن به‌جای فشار آوردن کمی کار را راحت‌تر می‌کند. در صورتی که اپیدورال انجام داده باشید، ممکن است این فشار شدید را احساس نکنید.

پزشک شما در این مقطع بند ناف را نیز بررسی می‌کند تا ببیند آیا دور گردن بچه پیچیده است یا نه. همان‌طور که گفته شد، طناب پشت گردنی، در واقع بسیار شایع است و تقریباً هرگز جایی برای نگرانی نیست. پزشک شما قبل از بیرون آمدن مابقی بدن حلقه را به‌راحتی از دور گردن بچه برمی‌دارد.

در آخر، پزشک شما توصیه می‌کند مجدداً فشار بیاورید تا بدن بچه بیرون بیاید. از آنجا که سر بچه اساساً پهن‌ترین قسمت است، معمولاً بیرون آمدن بدن آسان‌تر است. پس از آنکه فرزند شما کاملاً به این دنیا قدم گذاشت، دهان و بینی او مجدداً ساکشن می‌شود.

به‌طور طبیعی، پس از آنکه سر بچه بیرون می‌آید، شانه‌ها و بدن به‌راحتی متعاقب آن می‌آید. گرچه، گاهی ممکن است شانه‌های بچه در پشت استخوان شرمگاهی مادر گیر کند، که بیرون آمدن مابقی بدن بچه را مشکل‌تر می‌کند. به این وضعیت دیستوشی شانه گفته می‌شود. اگر با این مشکل روبه‌رو شوید، پزشک شما می‌تواند با انجام مانورهای مختلفی که برای بیرون آوردن شانه‌ها و بچه طراحی شده اقدام کند. این روش‌ها عبارت است از:

- ✓ اعمال فشار مستقیم بالای استخوان شرمگاهی تا شانه‌ی گیرافتاده با فشار خارج شود
- ✓ خم کردن زانوها به عقب تا فضای بیشتری برای زایمان به‌وجود بیاید
- ✓ چرخاندن شانه‌های بچه با دست
- ✓ بیرون آوردن دست پشتی بچه در ابتدا

اگرچه دیستوشی شانه‌ها ممکن است در خانم‌هایی اتفاق بیفتد که هیچ‌یک از عوامل خطر را ندارند، ویژگی‌های خاصی می‌تواند احتمال این وضعیت را بیشتر کند:

- ✓ بچه‌های بسیار درشت
- ✓ دیابت بارداری

- ✓ درد طولانی
- ✓ سابقه‌ی بچه‌های درشت یا بچه‌هایی که دیستوشی شانه داشته‌اند

خارج شدن جفت

پس از آنکه بچه به‌دنیا می‌آید، سومین مرحله‌ی درد شروع می‌شود: خارج شدن جفت که به آن پس زایمان نیز گفته می‌شود (به شکل ۱-۱۰ رجوع کنید). این مرحله تنها در حدود ۵ تا ۱۵ دقیقه طول می‌کشد. همچنان انقباضاتی دارید، ولی شدت آن‌ها بسیار کمتر است. این انقباضات به جدا شدن جفت از جدار رحم کمک می‌کند. پس از آنکه عمل جداسازی اتفاق افتاد و جفت به دهانه‌ی مهبل رسید، پزشک از شما می‌خواهد یک فشار ملایم دیگر وارد کنید. بسیاری از خانم‌ها، به‌دلیل داشتن هیجان و خستگی ناشی از وضع حمل، به این مرحله از زایمان زیاد توجهی ندارند و بعداً حتی آن را به یاد نیز نمی‌آورند.

ترمیم پرینه

پس از خروج جفت، پزشک شما دهانه‌ی رحم، مهبل و پرینه را از نظر پارگی‌ها یا آسیب‌هایی که دیده‌اند بررسی و سپس اپیزیوتومی یا پارگی‌های دیگر را ترمیم (با بخیه زدن) می‌کند. (در صورتی که اپیدورال نشده و در قسمت پرینه احساس درد داشته باشید، پزشک از بی‌حسی موضعی برای بی‌حس کردن آن محل پیش از ترمیم استفاده می‌کند.)

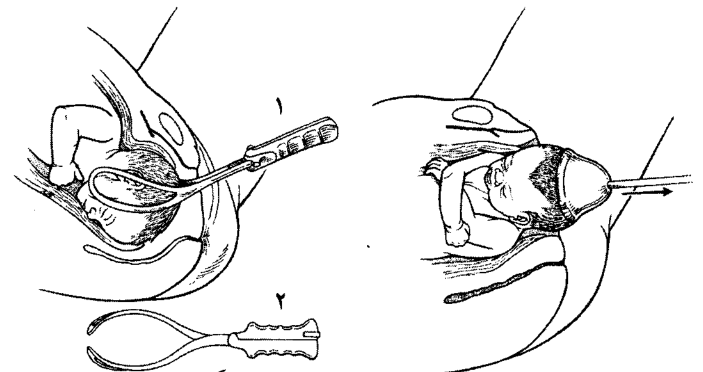
پس از آنکه کار ترمیم پزشک تمام می‌شود، یک پرستار موضع پرینه‌ای را تمیز می‌کند، پاهای شما را از روی حایل‌های پا برمی‌دارد و یک پتوی گرم روی شما می‌اندازد. ممکن است انقباضات ملایمی را همچنان احساس کنید؛ این انقباضات عادی است و در واقع به کم کردن خونریزی کمک می‌کند.

نوع کمک‌کننده: زایمان طبیعی با ابزار کمکی

اگر سر بچه به‌قدر کافی در مجرای زایمان پایین باشد و پزشک احساس کند نیاز به خروج فوری بچه ضرورت دارد یا قادر نیستید بدون کمک‌های بیشتری بچه را به‌طور طبیعی خارج کنید، شاید به استفاده از فورسپس یا دستگاه وکیوم برای کمک به زایمان توصیه کند. به‌کارگیری هریک از این وسایل را زایمان طبیعی با ابزار کمکی می‌گویند. به‌کارگیری چنین زایمانی زمانی می‌تواند مناسب باشد که:

- ✓ برای مدت زیادی زور و فشار وارد کرده و آن‌قدر خسته شده‌اید که به ادامه‌ی فشار آوردن کافی برای زایمان قادر نباشید.
- ✓ برای مدتی فشار وارد کرده‌اید، و پزشک شما فکر می‌کند تا زمانی که از این نوع کمک استفاده نشود، قادر به زایمان طبیعی نخواهید شد.
- ✓ الگوی ضربان قلب بچه نشان‌دهنده‌ی ضرورت بر خروج فوری اوست.
- ✓ وضعیت بچه امکان خروج او را با فشار آوردن بسیار مشکل کرده باشد.

شکل ۳-۱۰: دو روش برای کمک به‌زایمان طبیعی: الف) استفاده از فورسپس ب) دستگاه وکیوم برای کمک به بچه برای عبور از مجرای زایمان.



شکل ۳-۱۰ فورسپس را نشان می‌دهد؛ وسیله‌ای که مانند دو قاشقک منحنی است که در طرفین سر بچه قرار می‌گیرد تا برای کمک در خروج از قسمت مجرای زایمان هدایت شود. دستگاه وکیوم یک بادکش مکنده است که در بالای سر بچه قرار می‌گیرد تا به پزشک شما با مکشی ملایم در خارج کردن بچه از مجرای زایمان کمک کند.

هر دو تکنیک در صورتی که بچه به مقدار کافی در مجرای زایمان پایین آمده باشد، برای شما و بچه بی‌خطر است و از ابزارها به‌نحوی مناسب استفاده می‌شود. در حقیقت، این تکنیک‌ها اغلب می‌تواند به خانم‌ها برای جلوگیری از سزارین کمک کند (ولی نه همیشه ـ به بخش بعدی رجوع کنید). تصمیم برای استفاده از فورسپس یا دستگاه وکیوم اغلب به صلاحدید و تجربه‌ی پزشک شما و وضعیت و موقعیت بچه بستگی می‌یابد.

در صورتی که اپیدورال انجام نداده باشید، ممکن است برای زایمان با فورسپس یا دستگاه وکیوم به بی‌حسی موضعی نیاز داشته باشید، و اکثر پزشکان برای ایجاد فضای بیشتر، اپیزیوتومی انجام می‌دهند. پس از آنکه فورسپس یا وکیوم به

کار گرفته شد، پزشک از شما می‌خواهد به فشار آوردن ادامه بدهید تا سر ظاهر شود. سپس فورسپس یا دستگاه وکیوم را برمی‌دارد و مابقی بدن بچه با فشار شما خارج می‌شود.

در صورت استفاده از فورسپس، اغلب بچه با علایمی بر روی سر، جایی که فورسپس به‌کار گرفته شده به‌دنیا می‌آید. در صورت بروز چنین چیزی برای فرزندتان، به‌خاطر داشته باشید این مسئله کاملاً عادی است و ظرف چند روز از بین می‌رود. دستگاه وکیوم ممکن است موجب به‌دنیا آمدن نوزادی با سر گرد شود، و بالای سر او جایی که دستگاه وکیوم به کار گرفته شده، برآمده باشد. این علامت نیز ظرف چند روز از بین می‌رود.

زایمان سزارین

بسیاری از بیماران نمی‌دانند آیا به سزارین نیاز پیدا می‌کند یا نه. گاهی دکتر حتی قبل از آنکه درد آغاز شود پاسخ را می‌داند ـ مثلاً در صورتی که جفت سرراهی داشته باشید (به فصل ۱۵ رجوع کنید) یا در صورتی که بچه در وضعیت عرضی قرار گرفته باشد (یعنی، به‌جای آنکه سر بچه پایین باشد، در عرض رحم قرار گرفته باشد). ولی در اکثر مواقع، نه شما و نه دکترتان تا زمانی که میزان پیشرفت درد و چگونگی تحمل بچه را در زمان درد نبینید، نمی‌توانید بگویید به انجام سزارین نیاز خواهید داشت یا نه.

از آنجایی که سزارین یک روش جراحی است، همیشه توسط یک پزشک انجام می‌شود. تمام ماماها و دکترهای خانواده‌ای که با یک متخصص زایمان کار می‌کنند، انجام زایمان سزارین را در صورتی که بیمارانشان نیاز پیدا کنند، آموزش دیده‌اند. برخی از متخصصان خانواده آموزش مورد لزوم خاص برای انجام زایمان سزارین دیده‌اند.

دکتر زایمان سزارین را در یک اتاق عمل تحت شرایط استریل انجام می‌دهد. پرستار به دست بیمار یک سرم و یک سوند در مثانه‌ی او وصل می‌کند.پس از آنکه پرستار یا دستیار پرستار شکم بیمار را با محلول ضد عفونی‌کننده شستشو داد، یک پرستار ملحفه‌های استریلی را بر روی شکم بیمار می‌گذارد. یکی از این ملحفه‌ها بالا برده می‌شود و صفحه‌مانندی ایجاد می‌کند تا والدین در انتظار مجبور نباشند روش کار را ببینند. (اگرچه زایمان معمولاً یک تجربه‌ی مشترک برای هردوی والدین است، با وجود این زایمان سزارین یک عمل جراحی است. اکثر دکترها احساس می‌کنند این روش چیزی نیست که والدین در انتظار تماشا کنند، زیرا شامل چاقوهای جراحی،

خونریزی، و نمایان شدن بافت داخلی بدن است که به‌طور طبیعی دیده نمی‌شود، و باعث ناراحتی افراد زیادی می‌شود.)

بسیاری از بیمارستان‌ها به راهنما یا همسر اجازه‌ی ماندن را در اتاق عمل در طول سزارین می‌دهند، ولی این تصمیم‌گیری به نوع زایمان و سیاست بیمارستان بستگی دارد. در صورتی که سزارین فوریت داشته باشد، دکترها و پرستارها برای تضمین سلامت مادر و بچه، به‌سرعت حرکت می‌کنند، که ضرورت ماندن را در جایی دیگر برای همسر یا راهنما الزامی می‌کند.

محل دقیقی که برش بر روی شکم زن انجام می‌شود، به علت انجام سزارین او بستگی می‌یابد. اغلب، پایین، درست بالای استخوان شرمگاهی، در جهت عرضی (عمود بر بدن) است. این برش به برش فاننستیل یا رایج‌تر آن، خط بیکینی معروف است. برش عمودی به‌ندرت در امتداد خط میانی شکم انجام می‌شود.

نکات فنی

پس از آنکه دکتر پوست را برید، عضلات شکم را جدا و جداره‌ی داخلی حفره‌ی شکم را که به آن حفره‌ی صفاقی نیز گفته می‌شود، برای نمایان شدن رحم باز می‌کند. سپس یک برش بر خود رحم ایجاد می‌کند، که از طریق آن نوزاد و جفت خارج می‌شوند. برش در رحم هم می‌تواند عرضی باشد (شایع‌تر است) و هم عمودی (گاهی اوقات به آن برش کلاسیک گفته می‌شود)، که باز هم به علت سزارین و جراحی قبلی شکم بستگی دارد. پس از زایمان، رحم و جدار شکم لایه به لایه با بخیه بسته می‌شود. انجام زایمان سزارین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد.

آگاهی نسبت به انواع بی‌حسی

شایع‌ترین شکل بی‌حسی که در زایمان‌های سزارین استفاده می‌شود، اپیدورال و نخاعی است. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد بی‌حسی موضعی به فصل ۹ رجوع کنید.) هر دو نوع این بی‌حسی، از اواسط سینه تا انگشتان پای شما را بی‌حس می‌کند، ولی امکان هوشیاری باقی می‌ماند تا تولد فرزند خود را تجربه کنید. ممکن است در حین عمل نوعی احساس کندن و کشیده شدن داشته باشید، ولی هیچ دردی احساس نمی‌کنید.گاهی متخصص بیهوشی قبل از برداشتن سوند نوعی آرام بخش داخل سوند اپیدورال یا نخاعی تزریق می‌کند تا دردِ بعد از عمل را به حداقل برساند یا از آن جلوگیری کند.

در صورت فوریت برای خروج بچه و نداشتن وقت برای انجام اپیدورال یا بی‌حسی نخاعی، ممکن است بیهوشی عمومی لازم باشد. در آن صورت، در طول سزارین

ریشه‌ی واژه‌ی سزارین

زایمان سزارین، که بچه از طریق ایجاد یک برش در شکم مادر به‌دنیا می‌آید، ابداً یک ابداع جدید پزشکی نیست. مواردی از زمان شروع ثبت تاریخ مستند شده است. در حقیقت، بسیاری از کارهای هنری قرون وسطی و رنسانس، زایمان‌های شکمی را به‌تصویر کشیده است.

اصل عبارت عمل سزارین موضوع بحث و جدل است. جولیوس سزار، برطبق تاریخ نوشته شده توسط پزشکان استیو کلارک و جفری فلان، معلوم می‌شود به این شیوه به‌دنیا نیامده است. در آن روزها، زنده ماندن مادر در این روش بعید و نادر بود. با وجود این، مادر سزار از زایمان نجات یافت و در هنر رنسانس که زندگی سزار را به‌عنوان فردی بالغ به تصویر می‌کشید، نمایش داده شد.

یک فرضیه آن است که این اسم از لِکس سزار گرفته شده است، یعنی قوانین امپراتوری روم باستان. یکی از آن قوانین حکم کرده بود هر زن بارداری که می‌میرد، نوزاد باید از طریق برشی در شکم مادر خارج بشود تا غسل تعمید داده شود. این قانون بعدها به عنوان قانون شرع کلیسای کاتولیک درآمد. سومین توضیح احتمالی برای عبارت سزارین، رابطه‌ی آن با عبارت لاتین سدر است، که به معنای بریدن است. عبارت عمل نیز حاکی از برش جراحی است، بنابراین اگر سدر در حقیقت همان معنی جراحی را بدهد، پس گذاشتن واژه‌ی «عمل» پیش از سزارین زاید است. در علم زایمان امروزی، به عبارت زایمان سزارین یا تولد سزارین اشاره می‌کنیم. با وجود این، بسیاری از مردم هنوز با عنوان عمل سزارین یا عمل C از آن نام می‌برند.

به خواب می‌روید و کلاً در سراسر روش کار بیهوشید. بیهوشی عمومی همچنین ممکن است به‌دلیل مشکلات دوران بارداری که انجام اپیدورال یا بی‌حسی نخاعی عاقلانه نباشد، ضرورت یابد.

دلایلی برای زایمان سزارین

دلایلی که ممکن است دکتر شما اقدام به زایمان سزارین بکند، متعدد است (بعداً در این بخش به فهرست نگاه کنید)، ولی همگی آن‌ها برای به‌دنیا آوردن نوزاد به مطمئن‌ترین و سالم‌ترین روش ممکن، همچنین با در نظر گرفتن سلامت مادر است. زایمان سزارین می‌تواند پیش از درد برنامه‌ریزی شده باشد (اختیاری)، غیربرنامه‌ریزی‌شده در طول درد باشد (زمانی که دکتر تشخیص بدهد زایمان طبیعی برای بچه خطر دارد) یا به‌عنوان یک موقعیت اضطراری انجام شود (در صورتی که سلامت مادر یا بچه در معرض خطر فوری باشد).



در صورتی که پزشکتان احساس کند به زایمان سزارین نیاز دارید، علت نیاز به آن را به شما توضیح خواهد داد. اگر زایمان سزارین شما اختیاری باشد یا به‌خاطر عدم پیشرفت درد به‌طور عادی انجام شود، شما و همسرتان وقت برای پرسیدن سؤال‌های

خود دارید. در مواردی که بچه در وضعیت ته باشد، شما و پزشکتان ممکن است با یکدیگر دلایل موافق یا مخالف را با سزارین اختیاری یا زایمان طبیعی در وضعیت ته در نظر بگیرید (به فصل ۱۵ رجوع کنید). هر دو روش خطراتی به همراه دارد، و پزشک اغلب از شما می‌پرسد کدام‌یک از خطرات برایتان بیشتر قابل قبول است. در صورتی که تصمیم برای انجام زایمان سزارین در آخرین لحظه فوریت یابد، ممکن است گفتگو بین شما و دکترتان، در حالی که به اتاق عمل برده می‌شوید، به سرعت اتفاق بیفتد.



اگر در راه اتاق عمل برای سزارین فوری کارها به نظرتان با عجله و سریع رسید، وحشت نکنید. دکترها و پرستاران برای کنترل موارد اورژانس آموزش دیده‌اند.

ممکن است پزشک شما به دلایل زیادی به انجام زایمان سزارین توصیه بکند. فهرست زیر شایع‌ترین دلایل را توصیف می‌کند.

- ✓ بچه در وضعیتی غیرعادی باشد (ته یا عرضی).
- ✓ جفت سر راهی باشد (به فصل ۱۵ رجوع کنید).
- ✓ قبلاً جراحی قابل ملاحظه‌ای بر روی رحم انجام داده باشید، از جمله زایمان‌های سزارین قبلی یا برداشتن فیبروم‌های رحمی. (برای اطلاعات بیشتر در مورد زایمان‌های طبیعی، بعد از زایمان سزارین به فصل ۱۴ رجوع کنید.)
- ✓ زایمان سه‌قلوها یا بیشتر.

دلایلی برای زایمان سزارین غیربرنامه‌ریزی‌شده ولی غیراضطراری:

- ✓ بچه برای به‌دنیا آمدن بی‌خطر از مهبل، نسبت به لگن مادر بسیار درشت باشد (شرایطی که به آن عدم تناسب سری ـ لگنی (CPD) گفته می‌شود) یا وضعیت سر بچه زایمان طبیعی را ناممکن کند.
- ✓ علایمی که حاکی از عدم تحمل بچه در زمان درد باشد.
- ✓ شرایط پزشکی مادر که مانع از زایمان طبیعی بی‌خطر شود، مانند بیماری قلبی حاد.
- ✓ درد طبیعی متوقف شود.

دلایلی برای زایمان سزارین اضطراری:

- ✓ خونریزی بیش از حد باشد.
- ✓ بند ناف بچه هنگام پاره شدن کیسه‌ی آب وارد دهانه‌ی رحم شده باشد.

- ✓ کندی طولانی‌مدت ضربان قلب بچه.

علاوه بر حقیقتی که بچه و جفت به‌جای خروج از مهبل از طریق برشی در رحم خارج می‌شوند، زایمان سزارین برای بچه کمی متفاوت است. بچه‌هایی که قبل از زایمان با سزارین به‌دنیا می‌آیند، معمولاً سر مخروطی‌شکل ندارند، ولی اگر قبل از سزارین، به مدت طولانی در مراحل زایمان بوده باشید، ممکن است به این صورت باشند. (برای اطلاعات بیشتر در مورد سرهای مخروطی‌شکل به فصل ۱۱ رجوع کنید.)

خانم‌هایی که به مدت طولانی در مرحله‌ی زایمان قرار می‌گیرند تا فقط متوجه شوند به زایمان سزارین نیاز دارند، همان‌طورکه انتظار آن می‌رود، ناامید می‌شوند. این واکنش طبیعی است. در صورتی که این مسئله برای شما اتفاق افتاد، به‌خاطر داشته باشید که در نهایت سلامتی شما و سلامتی بچه حائز اهمیت است. زایمان سزارین به این معنا نیست که به نوعی، شکست قلمداد شود یا اینکه به حد کافی تلاش نکرده باشید. پزشکان به راهنمایی‌های اولیه‌ای متکی‌اند که از طریق کنترل با مانیتور پیشرفت زایمان را نشان می‌دهد، و آن راهنماها تمام چیزی است که امکان بهترین فرصت را برای یک نتیجه‌ی طبیعی و سالم فراهم می‌کند.

تمام پروسه‌های جراحی شامل خطراتی است، و سزارین از این قاعده مستثنا نیست. خوشبختانه این خطرات شایع نیست. اصلی‌ترین خطرات زایمان سزارین عبارت است از:

- ✓ خونریزی بیش از حد، که ندرتاً به تزریق خون منجر می‌شود
- ✓ بروز یک نوع عفونت در رحم، مثانه یا محل برش پوست
- ✓ آسیب‌دیدگی مثانه، روده یا اندام‌های مجاور
- ✓ بروز لخته‌های خون در پاها یا لگن بعد از جراحی

به خود آمدن بعد از زایمان سزارین

پس از اتمام جراحی، به بخش ریکاوری برده می‌شوید و چند ساعت آنجا می‌مانید، تا زمانی که کارکنان بیمارستان از ثبات وضعیت‌تان اطمینان یابند. اغلب در این مدت می‌توانید فرزند خود را ببینید یا او را در آغوش بگیرید.

زمان ریکاوری در زایمان سزارین معمولاً طولانی‌تر از زایمان طبیعی است، زیرا پروسه‌ی کار یک مورد جراحی است. اساساً، دو تا چهار روز در بیمارستان می‌مانید ـ گاهی در صورت بروز عوارض بیشتر. برای جزئیات بیشتر در مورد بهبودی بعد از زایمان سزارین، به فصل ۱۲ رجوع کنید.

بی‌پایگی آمار سزارین

بعضی از خانم‌ها پزشک یا بیمارستانی را که باید در آن زایمان کنند، براساس تعداد زایمان‌های سزارینی (به‌عنوان درصدی از کل زایمان‌ها) که پزشک یا تیم پزشکی انجام داده یا اینکه در بیمارستان انجام شده، انتخاب می‌کنند. به هرحال آن ارقام، تا زمانی که جمعیت‌نگاری پزشک یا بیمارستان را ندانید، بی‌معنی است. برای مثال، یک متخصص طب مادر ـ جنین که عمداً از زنان مسن‌تر، زنانی که مشکلات متعدد پزشکی دارند، یا خانم‌هایی که دوقلو یا بیشتر باردارند مراقبت می‌کند، به‌نظر می‌رسد آمار بیشتری برای زایمان سزارین داشته باشد تا دکتر یا مامایی که از زنان جوان یا سالم مراقبت به‌عمل می‌آورد. موضوع مهم، آمار زایمان سزارین نیست، بلکه انجام دادن یا ندادن سزارین به دلایل مناسب است.

مبارک است! موفق شدید!

خانم‌ها بعد از آنکه فرزندشان به‌دنیا می‌آید، ممکن است با هر نوع احساساتی مواجه شوند. طیف احساسات در واقع بی‌حد و حصر است. اکثر مواقع، هنگامی که بالاخره بعد از انتظاری طولانی فرزندتان به‌دنیا آمده، مغلوب لذت می‌شوید. با دیدن فرزندی سالم و سرحال، به‌طور باور نکردنی‌ای تسکین می‌یابید. در صورتی که فرزند شما به دلایلی به توجه پزشکی بیشتری نیاز داشته باشد و نتوانید او را فوراً در آغوش بگیرید، ممکن است ناراحت شده یا در موارد نادری ناامید شوید. فقط به‌خاطر داشته باشید که به‌زودی او را در آغوش خواهید گرفت و برای مابقی عمر خود لذت می‌برید. بعضی از خانم‌ها برای مراقبت از فرزند خود فوراً دچار ترس شدید شده یا در خود فرومی‌روند. در صورت بروز هریک از این احساسات، احساس گناه نکنید، این احساسات کاملاً طبیعی است. فقط یک لحظه فکر کنید یک واقعه‌ی خارق‌العاده را پشت سر گذاشته‌اید.

لرزیدن بعد از زایمان

اکثر خانم‌ها تقریباً بلافاصله پس از زایمان، به‌طور غیرقابل‌کنترلی شروع به لرزیدن می‌کنند. همسر شما ممکن است فکر کند سردتان شده است و یک پتو به شما بدهد. پتو به بعضی از خانم‌ها کمک می‌کند، ولی شما به‌خاطر سرما نمی‌لرزید. علت این پدیده مشخص نیست، ولی تقریباً در همه‌ی دنیا پیش می‌آید ـ حتی در خانم‌هایی که زایمان سزارین داشته‌اند. بعضی از خانم‌ها از درآغوش گرفتن فرزندشان به‌خاطر لرزش زیاد عصبی می‌شوند. اگر چنین احساسی داشتید، از همسر خود یا پرستار بخواهید تا زمانی که آمادگی آن را پیدا نکرده‌اید، نوزاد را نگه دارد.



در نهایت برای این لرزش نگران نباشید. معمولاً چند ساعت بعد از زایمان از بین می‌رود.

درک خونریزی بعد از زایمان

بعد از زایمان ــ چه طبیعی چه سزارین ــ رحم شما به منظور بستن رگ‌های خونی شروع به انقباض و فشردن رگ‌ها می‌کند و در نتیجه خونریزی کاهش می‌یابد. در صورتی که رحم به‌طور طبیعی منقبض نشود، ممکن است خونریزی شدید اتفاق بیفتد. به این شرایط بی‌قوتی رحمی گفته می‌شود. این مسئله ممکن است زمانی که چندقلو (دو قلو یا بیشتر) یا عفونتی در رحم دارید، یا در صورتی که مقداری از بافت جفت پس از خروج جفت در داخل رحم مانده باشد، اتفاق بیفتد. باز مجدداً، در بعضی موارد، خونریزی شدید به دلیل نامعلومی اتفاق می‌افتد. در صورتی که این مسئله برای شما پیش بیاید، پزشک یا پرستارتان ممکن است برای ایجاد انقباض رحم، ابتدا شما را ماساژ دهد. اگر ماساژ مشکل را حل نکرد، ممکن است به شما یکی از داروهایی که برای ایجاد انقباض تجویز می‌شود، مانند اکسی‌توسین، مترجین یا همابیت داده شود.

در صورتی که مقداری از جفت در رحم شما مانده باشد، ممکن است با دست بردن به داخل رحم یا از طریق کورتاژ، که پاک کردن جدار رحم با یک ابزار است، خارج شود. در اکثر مواقع خونریزی بدون هیچ مشکلی بند می‌آید. در هر صورت، اگر با این داروها یا بدین طریق متوقف نشود، دکترتان در مورد راه‌های دیگر درمان با شما صحبت خواهد کرد.

شنیدن اولین صدای گریه‌ی فرزند خود

کمی بعد از تولد، فرزند شما اولین تنفس خود را انجام می‌دهد و شروع به گریه می‌کند. این گریه چیزی است که موجب باز شدن ریه‌های فرزندتان می‌شود و به زدودن ترشحات عمیق‌تر کمک می‌کند. برخلاف نوع کلیشه‌ای، اکثر پزشکان پس از تولد بچه به باسن او نمی‌زنند، بلکه برای تحریک به گریه و تنفس، در عوض از روش دیگری استفاده می‌کنند ــ مثلاً ماساژ دادن پشت بچه با قدرت، یا ضربه زدن به کف پا. اگر فرزند شما در اولین لحظه‌ی تولد گریه نکرد، مضطرب نشوید. اغلب، چند ثانیه، نه چند دقیقه، طول می‌کشد تا بچه صدای دوست‌داشتنی خود را سر بدهد!

کنترل وضعیت فرزندتان

تمـــام نوزادان با امتیاز آپگار، که از نام دکتر ویرجینیا آپگار در ۱۹۵۲ گرفته شـــده اســـت، ارزیابی می‌شـــوند. این امتیاز یک روش ارزیابی سریع از اولین وضعیت نوزاد است تا معلوم شود به مراقبت پزشکی خاصی نیاز دارد یا نه. پنج عامل اندازه‌گیری شده‌اند: ضربان قلب، تلاش تنفسی، انعطاف‌پذیری عضلات، وجود عکس‌العمل‌ها، و رنگ،که به هریک امتیاز ۰، ۱ یا ۲ داده شـــده که ۲ بالاترین امتیاز اســـت. امتیازات آپگار هم در یک دقیقه و هم در پنج دقیقه محاسبه می‌شود. امتیاز آپگار ۶ یا بالاتر از آن، کاملاً مطلوب اســـت. به‌دلیل آنکه بعضی از ویژگی‌ها تا حدی به سن بارداری برای نوزاد بستگی دارد، نوزادان نارس به تناوب امتیازات پایین‌تری می‌گیرند. عواملی چون داروی مسکن برای مادر می‌تواند بر روی امتیاز بچه تأثیرگذار باشد.

بسیاری از والدین جدید با اضطراب در انتظار نتیجه‌ی امتیاز آپگار می‌مانند. در حقیقت، امتیاز آپگار یک دقیقه پس از تولد بچه نشان می‌دهد که بچه به مقیاس‌های احیاکننده نیاز دارد یا نه، ولی برای پیش‌بینی وضعیت سلامتی بچه در درازمدت مؤثر نیست. امتیاز آپگار که پنج دقیقه بعد انجام می‌شود، نشان می‌دهد مقیاس‌های احیاکننده مؤثر بوده اســـت یا نه. گاهی اوقات، امتیاز آپگار پنج دقیقه‌ای بســـیار پایین، ممکن اســـت بازتاب کاهش رسیدن اکسیژن به بچه باشد، ولی ارتباط ضعیفی با سلامتی آتی او دارد. هدف از امتیاز آپگار، فقط کمک به دکتر یا متخصص اطفال است تا به نوزادانی کمک شود که به مراقبت بیشتری در اوایل دوران نوزادی نیاز دارند. قطعاً نشانه‌ای از اینکه فرزند شما وارد هاروارد یا ییل خواهد شد نیست.

بریدن بند ناف

پس از آنکه بچه به‌دنیا آمد، قدم بعدی گذاشتن گیره لای بند ناف و بریدن آن است. برخی از پزشـــکان فرصت بریدن بند ناف را در اختیار راهنمای زایمانتان می‌گذارند ـ ولی همســـر شـــما قطعاً در صورتی که مایل نباشد، مجبور نیست و نباید این کار را انجام دهد. اگر بریدن بند ناف فرصتی است که شدیداً به آن تمایل دارید، کمی جلوتر به پزشک خود بگویید.

بعد از بریدن بند ناف، پزشک یا فرزندتان را روی شکم شما می‌خواباند یا به پرستار اتاق زایمان می‌دهد تا او را زیر دستگاه گرم‌کننده‌ی نوزاد بگذارد. انتخاب به وضعیت فرزند شـــما، دکتر شما و روش استاندارد پرســـتار و سیاست بیمارستانی که در آن زایمان کرده‌اید، بســـتگی دارد. (برای اطلاعات بیشـــتر در مورد مراقبت از نوزاد به فصل ۱۱ رجوع کنید.)

فصل ۱۱

سلام، دنیا! نوزاد شما

در این فصل

- ایجاد اولین احساسات
- تطبیق با اولین روزهای زندگی در بیمارستان
- مراقبت از نوزاد خود در منزل
- آگاهی نسبت به زمان تماس با پزشک نوزاد

شما و فرزندتان برای ۴۰ هفته در یک بدن بوده‌اید، و اگر مانند اکثر خانم‌ها باشید، به منظور کمک به رشد فرزند خود، مراقب سلامتی خود و کسب آمادگی برای به سلامت به‌دنیا آوردن فرزند خود بوده‌اید. حالا ناگهان، فرزند شما به این دنیا آمده است و بالاخره اولین نگاه واقعی را به او انداخته‌اید. نوزادان اساساً کمی مضحک به‌نظر می‌رسند. به‌خاطر داشته باشید بسیاری از جنبه‌های ظاهری فرزند شما نمایان می‌شود ــ سر مخروطی‌شکل، لک و پیس‌ها، و مخصوصاً چیزهای خمیری‌شکل نوچ سفیدرنگ ــ که به‌زودی از بین خواهد رفت.

در این فصل، به شما ایده‌ای از آنچه باید هنگام اولین دیدار از دردانه‌ی کوچولوی خود انتظار داشته باشید و اینکه چگونه در آن روزهای اول در منزل از عهده‌ی او برآیید، ارائه می‌دهیم.

نگاهی به مایه‌ی شادمانی‌تان - چیز نوچ، لک و پیس‌ها، و این چیزها

بلافاصله بعد از زایمان، پزشک شما فرزندتان را بر روی شکمتان می‌گذارد یا قبل از آنکه نوزاد را در آغوشتان بگذارد، برای تمیز کردن و قرار دادن در حوله‌ی پارچه‌ای به دست پرستار می‌دهد.

در اولین لحظات بعد از تولد فرزندتان، ممکن است غرق در احساسی از عشق و محبت شوید. شوک و آرامش آن ممکن است موجب گیجی و منگی شما نیز بشود. به احتمال زیاد، فکر می‌کنید نوزاد شما زیباترین چیزی است که تا کنون دیده‌اید. و باز، ممکن است این‌طور نباشد. برخلاف داستان‌هایی که در سریال‌های آبکی می‌بینید و کارتون‌ها، نوزادان همیشه تمیز و با بویی مانند عطر بهاری به‌دنیا نمی‌آیند. نوزاد شما به احتمال زیاد آغشته به مقداری خون، مایع آمنیوتیک، و ماده‌ی سفیدرنگ نوچی است که به آن ورنیکس می‌گویند. پوست او ممکن است لک و پیسی باشد و حتی ممکن است در طول زایمان دچار کبودی‌هایی شده باشد. بنابراین شاید لازم باشد هنگام ارزیابی ظاهر او فوراً حواس خود را جمع کنید.

نگران نباشید

احساس کمی از تردید در نگاه اول به نوزاد یا مجذوبش شدن در واقع امری غیرشایع نیست. اغلب پیش از آنکه ارتباط یا پیوندی واقعی با فرزند خود برقرار کنید، چند روزی طول می‌کشد. اگر کمی احساس بی‌تفاوتی می‌کنید، نگران نباشید. به محض آنکه واقعیت موجود شکل گرفته و فرزند خود را بشناسید، احساس بسیار بهتری پیدا می‌کنید.

به ویژگی‌های متعدد دیگری در مورد ظاهر فرزند خود توجه می‌کنید ــ از قسمت باقیمانده‌ی بند ناف او تا ناخن‌های بلند حیرت‌انگیز دست و پاهایش. و اولین رفتارهای او را مشاهده می‌کنید ــ از اولین گریه تا از جا پریدنش نسبت به صداهای بلند. در این بخش، به بسیاری از خصوصیت‌هایی می‌پردازیم که به احتمال زیاد در نوزاد خود مورد توجه قرار می‌دهید.

چربی پنیرمانند

اساساً یک ماده‌ی ضخیم، سفید و موم‌مانند تمام بدن نوزاد را از سر تا پای او می‌پوشاند. نام رسمی این ماده ورنیکس کازئوزا (Vernix caseosa) است، عبارتی که ریشه‌ی لاتین دارد و به معنای «جلای پنیری» است. ورنیکس مخلوطی از سلول‌های بافت مرده‌ی لایه‌ی خارجی پوست نوزاد و آثار باقیمانده از مایع آمنیوتیک است.

کارشناسان فرضیه‌های متعددی در مورد این ماده دارند. برخی از دکترها معتقدند ورنیکس به‌عنوان یک نرم‌کننده عمل می‌کند تا از خشکی پوست حساس جنین که ممکن است در نتیجه‌ی زندگی در کیسه‌ی مایع آمنیوتیک حاصل شده باشد، محافظت کند. عده‌ای دیگر معتقدند ورنیکس به‌عنوان یک نرم‌کننده برای کمک به خروج بچه از مجرای زایمان عمل می‌کند. بعضی از نوزادان ورنیکس بیشتری نسبت به بقیه دارند، عده‌ای دیگر اصلاً ندارند. مقدار آن قابل ملاحظه نیست. در صورتی

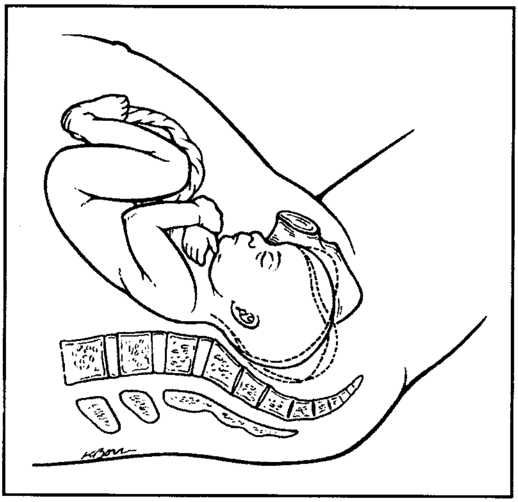
که فرزند شما در داخل رحم مکونیوم دفع کند (به فصل ۷ رجوع کنید)، ورنیکس ممکن است کمی سبز به‌نظر برسد.

قطع نظر از آنچه به‌نظر می‌رسد، مقدار زیادی از ورنیکس هنگامی که پرستار بچه را خشک می‌کند قابل پاک شدن است. هیچ دلیلی برای باقی گذاشتن ورنیکس بر روی پوست بچه وجود ندارد. هر مقداری از ورنیکس که در طول خشک کردن بچه پاک نشود، احتمالاً ظرف ۲۴ ساعت جذب می‌شود.

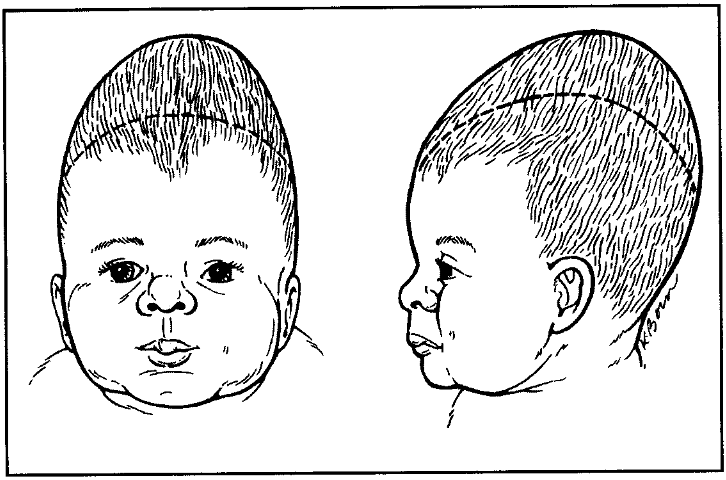
خیز سر و شکل‌گیری آن

خیز پوست سر ــ که به‌طور شایع‌تر به آن Caput succedaneum گفته می‌شود ــ به منطقه‌ی دایره‌ای‌شکل ورم بر روی سر بچه گفته می‌شود، که در جایی واقع شده است که در طول زایمان به دهانه‌ی رحم فشار وارد می‌کند. محل دقیق ورم، بنا بر وضعیتی که سر بچه قرار داشته متفاوت است. اندازه‌ی موضع متورم از چند میلیمتر جزئی در قطر تا چند سانتیمتر می‌تواند وسعت داشته باشد. ورم عموماً ظرف مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از تولد از بین می‌رود.

در کودکانی که ابتدا با سر (ورتکس) به‌دنیا می‌آیند، اغلب مرحله‌ای انجام می‌شود که به آن شکل‌گیری گفته می‌شود. این شکل‌گیری در سراسر مدت درد به این دلیل صورت می‌گیرد، که بچه به‌تدریج در حالی که در مجرای زایمان پایین می‌آید، راه خود را «متناسب» کند (به شکل ۱-۱۱ نگاه کنید). در حقیقت، گاهی ممکن



شکل ۱-۱۱: سر بچه اغلب در حالی که در مجرای زایمان پایین می‌آید، شکل گرفته است.



شکل ۲-۱۱: شکل مخروطی سر اغلب بعد از ۲۴ ساعت از بین می‌رود.

است پزشک شما بگوید که می‌تواند شکل‌گیری سر بچه را در مجرا حتی قبل از آنکه بچه به‌دنیا بیاید، احساس کند. شکل‌گیری باعث بروز هیچ آسیبی نمی‌شود. استخوان‌ها و بافت نرم در سر بچه طوری به‌وجود آمده که امکان بروز شکل‌گیری دارد. نتیجه‌ی کار اغلب کودکی با سر مخروطی‌شکل است (به شکل ۲-۱۱ نگاه کنید). ظرف مدت ۲۴ ساعت پس از زایمان، شکل‌گیری معمولاً از بین می‌رود و سر بچه گرد و صاف می‌شود.

بعضی از خانم‌ها، مخصوصاً کسانی که قبلاً زایمان داشته‌اند یا سریع زایمان می‌کنند، فرزندانی بدون شکل‌گیری سر دارند. همچنین، نوزادانی که در وضعیت ته یا از طریق سزارین به دنیا می‌آیند، ممکن است این شکل‌گیری را نداشته باشند.

گاهی اوقات، در حین عبور از مجرای زایمان ممکن است گوش بچه نیز در حالت عجیبی به پایین خم شود. چنین اتفاقی برای بینی بچه نیز می‌تواند پیش بیاید، در آن‌صورت، ممکن است آسیمتریک ظاهر شود یا به یک سمت فشار بیاورد، ولی این ویژگی‌ها دلیلی برای سراسیمه رفتن نزد یک جراح پلاستیک نیست. این‌ها خصوصیت‌های عجیب و غریب کم‌اهمیت موقتی است و در طی چند روز اول از بین می‌رود.

لکه‌های سیاه و آبی



نوزادان اغلب از مرحله‌ی درد و زایمان با لکه‌هایی سیاه و آبی بر روی سرشان به‌دنیا می‌آیند. این لکه‌ها ممکن است به‌دلیل فشار زیادی که در نتیجه‌ی درد بر روی سر

بچه ایجاد می‌شود، یا در نتیجه‌ی زایمان با فورسپس یا دستگاه وکیوم به‌وجود بیاید. یک لکه‌ی کبودی حاکی از این نیست که آسیبی جدی روی داده است، بلکه تنها می‌تواند نشانه‌ی میزان شدت مرحله‌ی درد باشد. اکثر لکه‌های سیاه و آبی ظرف چند روز اول زندگی از بین می‌رود.

لک و پیس، لکه‌ها، و چیزهای دیگر

اکثر مردم فکر می‌کنند پوست نوزاد فاقد لک است ــ تعریف کاملی از کمال، ولی نوزادان انواع لک‌ها را دارند، که بیشتر آن‌ها ظرف چند روز یا چند هفته از بین می‌رود. برخی از شایع‌ترین شرایط پوستی‌ای که نوزادان دارند عبارت است از:

- ✓ **پوست خشک:** لایه‌ی خارجی پوست برخی از نوزادان، مخصوصاً آن‌هایی که دیرتر به‌دنیا آمده‌اند، مانند یک کشمش چروک‌خورده به‌نظر می‌رسد و کمی بعد از تولد به‌راحتی کنده می‌شود. در صورت نیاز، می‌توانید از لوسیون یا روغن بچه، به‌عنوان مرطوب‌کننده استفاده کنید.
- ✓ **همانژیوم**[1]: نوعی لک قرمزرنگ است، که به آن همانژیوم گفته می‌شود و ممکن نیست تا یک هفته یا دیرتر پس از زایمان ظاهر شود. این لک می‌تواند تقریباً در هر اندازه‌ای از بزرگ تا کوچک و در هرجایی از بدن نوزاد به‌وجود بیاید. اگرچه اکثر آن در دوران خردسالی از بین می‌رود، برخی از آن‌ها باقی می‌ماند. می‌توانید لک‌های آزاردهنده را (به‌خاطر ظاهرشان) درمان کنید. در صورت لزوم، نسبت به درمان آن با متخصص نوزاد خود صحبت بکنید.
- ✓ **لک‌های مغولی:** لک‌های آبی ـ خاکستری پوست در پایین کمر، سرین و ران‌ها مخصوصاً در آسیا، اروپای جنوبی و نوزادان سیاهپوست شایع است. به این لک‌ها گاهی لک‌های مغولی گفته می‌شود و اغلب در دوران خردسالی از بین می‌رود.
- ✓ **آکنه‌ی نوزادی:** بعضی از نوزادان با جوش‌های ریز سفید یا قرمزی در اطراف بینی، لب‌ها و گونه‌ها به‌دنیا می‌آیند، و در عده‌ای دیگر چند هفته یا چند ماه بعد بروز می‌کند. این ناهمواری‌ها کاملاً طبیعی است و گاهی به آن‌ها آکنه‌ی نوزادی یا میلیوم[2] گفته می‌شود. نیازی نیست سراسیمه نزد متخصص پوست بروید. این جوش‌ها به‌موقع از بین می‌رود.

۱. ضایعه‌ی خوش‌خیم رگ‌های خونی، متشکل از تعدادی رگ‌های نوساز. م.
۲. تومور یا دانه‌ی کوچک سفید یا زرد که معمولاً در پوست صورت بروز می‌کند. م.

- ✓ **لک‌های قرمز:** لک‌های قرمز بر روی پوست، چه بسیار عمیق و تیره باشد چه کم‌رنگ و نامحسوس، در نوزادان بسیار شایع است. اکثر این لک‌ها از بین رفته یا محو می‌شود، ولی برخی از آن‌ها ممکن است به‌عنوان لک‌های زایمان باقی بماند. یک نوع خاص آن، اریتم سمی، می‌تواند وسیع باشد؛ مانند کهیرهای ناخوشایند به‌نظر می‌رسد و در اولین روزهای زندگی نوزاد می‌آید و می‌رود.
- ✓ **گاز لک‌لک:** ممکن اســت متوجه شوید رگ‌های خونی کوچکی در اطراف بینی و چشــمان فرزندتان یا در پشت گردن او پاره شده است. به این لک‌ها به‌طور عامیانه گاز لک‌لک و بوسه‌ی فرشته‌ها گفته می‌شود. این‌ها در نوزادان شایع است و پس از مدتی نیز از بین می‌رود؛ هرچند گاهی چندین هفته یا ماه طول می‌کشد.

موی نوزاد

بعضی از بچه‌ها کاملاً کچل وارد دنیا می‌شــوند، در حالــی که عده‌ای دیگر طوری به‌دنیا می‌آیند که به‌نظر می‌رسد به اصلاح مو نیاز دارند. مقدار موی موجود در زمان تولد الزاماً نوع موی نوزاد را در آینده پیش‌بینی نمی‌کند. اغلب، موی نوزاد می‌ریزد و موی جدیدی جایگزین آن می‌شود. رشد موی نوزادان به نسبت‌های گوناگون است، برخی از آن‌ها در یک‌سالگی نسبتاً کم مو هستند، در حالی که عده‌ای دیگر پیش از این نیز گذری به آرایشگاه داشته‌اند.



اغلب، یک لایه موی نازک و تیره‌رنگ، که بر روی پیشانی، شانه‌ها و کمر قابل رؤیت اســت، بدن نوزادان را می‌پوشــاند. به این مو کرک گفته می‌شود و مانند بسیاری از جنبه‌های ظاهری نوزادان، کاملاً عادی است. کرک بیشتر در نوزادان نارس یا نوزادان مادرانی که دیابت دارند شایع است. آن‌ها پس از چند هفته می‌ریزند.

دست‌ها و پاها

نوزادان اغلب وضعیتی مشابه با آنچه در داخل رحم داشته‌اند به‌خود می‌گیرند، که به آن وضعیت جنینی گفته می‌شود. شاید متوجه بشوید نوزاد شما کمی گلوله شده، دست‌ها و پاهای خود را خم کرده و انگشتانش را مشت کرده است.

با این همه مراقب آن ناخن‌ها باشــید! ناخن‌های انگشــتان دســت‌ها و پاهای نوزاد می‌تواند در حدی غافل‌گیرکننده بلند و تیز باشد. بسیاری از بیمارستان‌ها بلوزهایی بر تن نوزادان می‌کنند که دستکش‌مانندی به آن متصل است و دست‌ها را می‌پوشاند

تا نوزادان نتوانند خود را چنگ بزنند. از آنجا که نوزادان به‌راحتی می‌توانند خود را چنگ بزنند، ناخن‌ها را نســـبتاً کوتاه نگه دارید. یک دست قیچی ناخن یا ناخن‌گیر مخصوص نوزادان از داروخانه‌ی محل خود تهیه کنید.

نکته

بهترین فرصت برای کوتاه کردن ناخن‌های دست‌ها و پاها، زمانی است که کودک به خواب رفته و نسبت به آنچه انجام می‌دهید بی‌اطلاع است.

چشم‌ها و گوش‌ها

هنگام تولد، دید نوزاد کاملاً محدود است. نوزادان تنها به دیدن اشیای نزدیک قادرند و بهترین فاصله‌ی دید آن‌ها در حدود ۱۵ تا ۱۶/۵ سانتیمتر است. آن‌ها نسبت به نور نیز واکنش نشان می‌دهند و اجسام روشن و براق برایشان جالب است.

تمام نوزادان، بدون توجه به رنگ چشمان والدینشان، چشمانی قهوه‌ای یا آبی تیره دارند. در حدود ۴ ماهگی، رنگ چشم نوزاد به یک رنگ ثابت تغییر می‌کند. درست بعد از تولد، ســـفیدی چشمان فرزند شـــما یک ته‌رنگ آبی دارد. این ته‌رنگ عادی است و به‌موقع از بین می‌رود.

اغلب، چشمان نوزاد ممکن است کمی متورم یا پف کرده باشد. کل مرحله‌ی زایمان موجب این پف‌کردگی اســـت که کاملاً عادی اســـت و به‌سرعت می‌خوابد. برخی از پف‌کردگی‌ها ممکن است به دلیل آنتی‌بیوتیکی باشد که بعد از تولد به چشمان نوزاد می‌مالند (به قسمت «مراقبت از چشمان فرزندتان» بعداً در این فصل رجوع کنید).

نوزادان از لحظه‌ی تولد شـــنوایی کامل دارند، به همین دلیل است که شاید متوجه شـــوید با حرکات پرشی نسبت به صداهای بلند یا ناگهانی واکنش نشان می‌دهند. نوزادان همچنین قادر به تشخیص بوها و مزه‌های مختلف هستند.

اندام‌های تناسلی و سینه‌ها

نگران نباشید

نوزادان اغلب هنگام تولد دارای کیسه‌ی بیضه یا لب‌های مهبلی متورم یا پف‌کرده‌اند. سینه‌ها نیز ممکن است تا حدی بزرگ باشد. هورمون‌های مادری که جفت را جدا می‌کنـــد، باعث این تورم می‌شـــود. گاهی میزان بالای هورمون‌هـــای مادری حتی ممکن است باعث ترشحات سفید یا صورتی‌رنگی از سینه‌ها (که به آن شیر ساحره گفته می‌شـــود) یا از مهبل (مانند قاعدگی) در نوزادان دختر شود. مانند بسیاری از ویژگی‌های نوزاد، این ترشـــحات هر دو عادی و زودگذر اســـت و چند هفته پس از تولد از بین می‌رود.

بند ناف

احتمالاً به قسـمت باقیمانده از بند ناف نوزاد شـما یک گیره‌ی پلاستیکی کوچک متصل شـده است. پس از زایمان، پزشـکتان با یک گیره‌ی پلاستیکی کوچک بند ناف را می‌بندد. معمولاً، پزشک قبل از آنکه نوزاد را به خانه ببرید، گیره را برمی‌دارد. سـپس زایده‌ی بند ناف به‌سـرعت خشک شده و بنابراین مانند یک بند ناف تیره و سـفت چروکیده می‌شود. ظرف مدت یک تا سه هفته، معمولاً زایده می‌افتد. سعی نکنید آن را کشیده و جدا کنید.



برای تمیز نگه داشتن زایده، می‌توانید با یک سوآب پنبه‌ای را در آب، الکل سفید یا پراکسید فرو برده و اطراف موضع را تمیز کنید. هرچند، برخی از متخصصان نوزاد معتقدند این کار غیرضروری اسـت، مگر آنکه مقدار زیادی زایده دور موضع وجود داشته باشد.

جثه‌ی نوزاد

به‌طور کلی، وزن تمام نوزادان در همه‌جا حدود ۲۷۰۰ تا ۳۶۰۰ گرم و قد آن‌ها ۴۶ تا ۵۶ سـانتیمتر است. اندازه‌ی دقیق به سن دوران بارداری نوزاد (تعداد هفته‌هایی که بارداری طول کشـیده)، ژنتیک و سایر عوامل بستگی دارد؛ از جمله اینکه مادر دیابت داشته یا نه، همچنین مصرف سیگار، مناسب بودن تغذیه در دوران بارداری و بسیاری دلایل دیگر.



شـاید متوجه شـوید سر نوزاد شما به نسـبت بدن او بزرگ و نامتناسب است. این خصیصه در تمام نوزادان حقیقت دارد. نوزاد شما قادر به راست نگه داشتن سر خود نیست و برای آنکه بدون کمک بتواند سر خود را نگه دارد، برای تقویت عضلات به حد کافی به زمان نیاز دارد. همچنین ممکن است متوجه نقاط نرمی در پشت و بالای سر نوزاد بشوید. این نقاط ملاج نام دارد و محلی است که استخوان‌های جمجمه‌ی نوزاد با هم تلاقی می‌کند. ملاج امکان رشد سریع مغز نوزاد را میسر می‌کند. محل پشتی (ملاج خلفی) معمولاً ظرف چند ماه بسته می‌شود، ولی ملاج جلویی یا فرق سـر (نقطه‌ای که اساساً به آن منطقه‌ی نرم گفته می‌شود) معمولاً تا ۱۰ ماهگی یا یک‌سالگی نرم می‌ماند.

نوزاد شروع به تنفس می‌کند

اغلب، نوزاد کمی بعد از تولد به‌طور طبیعی شروع به گریه می‌کند، ولی هر نوزادی فوراً گریه نمی‌کند. گریه‌ی از ته گلو نوایی است که به گوش تمام پرسنل بیمارستان

آشناست، زیرا می‌دانند گریه موجب اولین تلاش‌های تنفسی نوزاد می‌شود. اما تنفس طبیعی می‌تواند بدون گریه با صدای بلند آغاز شود، و برخی از نوزادان تنها ناله‌ای خفیف می‌کنند. برخی از نوزادان حتی اگر با دسی بل بالا فریاد نکشند، تنفسی عادی دارند.

اگر نوزاد شما برای شروع تنفس، به‌طور عادی کند باشد، ممکن است متوجه شوید دکتر، پرستار یا ماما، با مالیدن پشت او، خشک کردن یا ضربه زدن به کف پا، او را تحریک می‌کنند. برخلاف تصویر کلیشه‌ای که در فیلم‌ها نشان داده می‌شود، پزشک شما برای بیرون آوردن گریه‌ی نوزاد او را وارونه نمی‌کند تا به باسن او ضربه بزند.

در طول دوران بارداری، جنین از طریق جفت اکسیژن دریافت می‌کند. نوزاد بعد از به دنیا آمدن، با ریه‌های خود وظیفه‌ی تنفسی را بر عهده می‌گیرد. مادامی که در رحم است، یک مایع مخصوص در ریه‌های بچه وجود دارد، که این مایع اغلب در طول زایمان بیرون داده می‌شود. اما گاهی، یک نوزاد به زمان و کمک بیشتری برای خارج کردن مایع از ریه‌های خود ـ با استفاده از ساکشن یا یک محرک ـ نیاز دارد.



شاید متوجه شوید نوزاد شما به‌گونه‌ای متفاوت از شما تنفس می‌کند. اکثر نوزادان ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه نفس می‌کشند. میزان تنفس نوزاد می‌تواند با انجام فعالیت جسمانی افزایش یابد. نوزادان به‌جای تنفس از دهان، از طریق بینی نفس می‌کشند؛ یک انطباق طبیعی عالی که آن‌ها را حین شیر خوردن چه با شیشه چه با سینه‌ی مادر، قادر به تنفس می‌کند.

همچنین ممکن است متوجه شوید شکم نوزاد شما به‌طرزی غیرعادی بزرگ و برآمده است، ولی این شکلی عادی از شکم نوزاد است؛ این واقعیت که شکم نوزاد موقع تنفس در حد قابل توجهی بالا و پایین می‌رود و هنگامی که نوزاد مقداری هوا فرو می‌برد، نسبتاً بزرگ‌تر می‌شود و این حس بزرگی را تشدید می‌کند. این حرکت نیز عادی است، زیرا نوزادان به‌جای استفاده از عضلات قفسه‌ی خود، مانند خردسالان یا بزرگسالان، از دیافراگم خود استفاده می‌کنند.

آگاهی از آنچه باید در بیمارستان انتظار داشته باشید

پس از آنکه پزشک و پرستار از سلامت نوزاد اطمینان یافتند (معمولاً با تست آپگار ـ برای جزئیات بیشتر به فصل ۱۰ رجوع کنید)، کارمند بیمارستان شروع به تمیز کردن نوزاد و کمک به او برای انتقالی راحت به خارج از رحم می‌کند. نوزادان باید مانند پروانه‌هایی که از پیله‌هایشان بیرون می‌آیند، خود را به وضعیت جدید زندگی

بــه طرق مختلف تطبیق دهند. ناگهــان، و برای اولین بار، می‌توانند به خودی خود نفس بکشند و دنیای اطراف خود را ببینند.

در بیمارستان، یک دستبند شناسایی هویت به دست نوزاد شما می‌بندند. همچنین همه‌ی بیمارستان‌ها یک دستبند با شماره‌ی شناسایی نوزاد به دست مادر می‌بندند. (اکنون در بسیاری از بیمارستان‌ها به هریک از پدران جدید نیز یک دستبند شناسایی می‌دهند تا پدر سرافراز شناسایی شود.) هربار که پرسنل نوزاد را نزد مادر می‌آورند، شماره‌ها را کنترل می‌کنند تا مطمئن شوند هر نوزاد را به مادر واقعی خود سپرده‌اند. اکثر بیمارستان‌ها تمهیدات امنیتی بیشتری برای جلوگیری از اشتباه شدن نوزادان و جلوگیری از ورود افراد غیرمســئول به بخش نوزادان انجام می‌دهند. بســیاری از بخش‌های نوزادان قفل و به شدت مراقبت می‌شود.

آماده کردن نوزاد برای زندگی خارج از رحم

کارهای زیادی بلافاصله بعد از تولد نوزاد شما اتفاق می‌افتد. او تغییر قابل ملاحظه‌ای کرده و برای انطباق با آن باید کارهای زیادی انجام شود. پرسنل پزشکی برای دادن بهترین شروع زندگی اقداماتی فوری برای او انجام می‌دهند.

خشک و گرم نگه داشتن نوزاد

از آنجا که بعد از تولد دمای بدن به‌سرعت کاهش می‌یابد، خشک و گرم نگاه داشتن نوزادتان حائز اهمیت اســت. در صورتی که نوزادان سردشان شود، نیاز به اکسیژن در آن‌ها افزایش می‌یابد. به همین دلیل، پرستار نوزاد را خشک کرده، او را در یک دســتگاه گرم‌کننده یا گهواره‌ای که گرم شده می‌گذارد، و سپس دمای بدن او را از نزدیک کنترل می‌کند. اغلب پرستار او را در یک پتو می‌پیچاند یا قنداق کرده و برای جلوگیری از کاهش گرما یک کلاه بر سر او می‌گذارد ـ جایی که بیشترین حرارت از دست می‌رود (همان‌طور که مادرتان به شما گفته است). هنگامی که نوزاد به بخش نوزادان برده می‌شود، پرستار معمولاً بلوز کوچکی بر تن او می‌کند و سپس مجدداً او را در پتو می‌پیچاند.

مراقبت از چشمان نوزاد

پرســنل اکثر بیمارســتان‌ها به‌طور معمول یک پماد آنتی‌بیوتیک به چشمان نوزاد می‌مالنــد تا احتمال بروز عفونت را در نوزاد به‌خاطر عبور از مهبل یا در صورتی که مادر به کلامیدیا یا سوزاک مبتلا باشد، کاهش دهند. پماد نوزاد را ناراحت نمی‌کند و بعد از چند ساعت کاملاً جذب می‌شود.

نگران نباشید

برخی از والدین نگران می‌شوند که پماد ممکن است موجب تار شدن دید نوزاد شود و بنابراین مانع از برقراری ارتباط والد ـ فرزندی شود. هیچ دلیلی برای نگرانی از امکان تاری وجود ندارد. در هر صورت، نوزادان دید کاملی ندارند (به مبحث «چشم‌ها و گوش‌ها» که پیش از این آمد، رجوع کنید).

افزایش ذخایر ویتامین K

اکثر بیمارستان‌ها به منظور کاهش خطر خونریزی شدید، به نوزادان ویتامین K تزریق می‌کنند. ویتامین کا در تولید موادی که به انعقاد خون در بدن کمک می‌کند، حائز اهمیت است. این ماده‌ی غذایی از جفت عبور نمی‌کند و به‌راحتی به بچه نمی‌رسد، و به هرحال، از آنجا که کبد نوزاد نارس است، مقدار بسیار کمی ویتامین K تولید می‌کند. بنابراین نوزادان اساساً از این ماده‌ی غذایی غنی نیستند. تزریق ویتامین K به نوزاد عامل بازدارنده‌ی مهمی است.

نشانه‌گذاری: اثر پای نوزاد

به احتمال زیاد، کمی بعد از تولد، پرستار اثر پاهای نوزاد را برای ثبت هویت می‌گیرد. (برجستگی‌های منحصر به‌فردی که بر روی پاهای نوزاد شکل گرفته در واقع چند ماه قبل از تولد به‌وجود آمده است.) برخی از بیمارستان‌ها یک نسخه از اثر پاهای نوزاد به شما می‌دهند تا در آلبوم خود بگذارید. اگرچه اکثر بیمارستان‌ها هنوز از این تکنیک استفاده می‌کنند، همه‌ی آن‌ها این کار را انجام نمی‌دهند.

واکسیناسیون برای هپاتیت ب

در حال حاضر بسیاری از بیمارستان‌ها به‌طور معمول واکسیناسیون را علیه هپاتیت ب برای نوزادان آغاز کرده‌اند، در حالی که مابقی ترجیح می‌دهند متخصص اطفال اولین تزریق از سه تزریق را بعد از مرخص شدن نوزاد از بیمارستان انجام بدهد. (دو تزریق بعدی ظرف شش ماه بعدی انجام خواهد شد.) این تزریق ابزار مهمی در کاهش احتمال ابتلا به هپاتیت ب در زندگی آتی اوست.

آگاهی نسبت به رشد دستگاه گوارشی نوزاد

اکثر نوزادان هنگامی که یک هفته از سن آن‌ها می‌گذرد، شش تا ده بار پوشک خود را خیس می‌کنند. تکرر مدفوع بستگی به این دارد که از شیر خود به نوزاد می‌دهید یا شیر خشک. اساساً، نوزادی که از شیر مادر تغذیه می‌کند، دو یا چند بار در روز مدفوع می‌کند، در حالی که نوزادی که از شیر خشک تغذیه می‌کند، تنها یک یا دو بار در روز اجابت مزاج دارد.

اگر اولین مدفوع نوزاد شـــما مانند قیر ســیاه، چسبناک و غلیظ بود، تعجب نکنید. این مسئله طبیعی است و به آن مکونیوم گفته می‌شود. ۹۰ درصد از نوزادان اولین مدفوع خود را ظرف ۲۴ ســاعت اول دفع می‌کنند، و تقریباً بقیه‌ی آن‌ها ظرف ۳۶ ساعت انجام می‌دهند. بعداً، رنگ مدفوع روشن و بافت آن طبیعی‌تر می‌شود. اساساً نوزادی که با شـــیر خشک تغذیه می‌شود، مدفوعش نیمه جامد و سبز مایل به زرد اســت، در حالی که نوزادی که با شیر مادر تغذیه می‌شود، مدفوعی شل‌تر، دانه‌دانه و زردرنگ دارد.



اکثر نوزادان در چند ساعت اول تولد ادرار می‌کنند، ولی بعضی از آن‌ها ممکن است تا روز دوم ادرار نکنند. دفع مکونیوم و ادرار نشانه‌ای مهم از عملکرد صحیح مجاری ادراری و گوارشی نوزاد شماست.

در نظر گرفتن ختنه

ختنه برداشـــتن پوست حشـــفه‌ی آلت نری در نوزادان پسر از طریق جراحی است. والدین فرزندان پســر باید نســبت به انجام این روش برای فرزندشان تصمیم‌گیری کنند. تصمیم برای انجام ختنه ممکن است با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی یا همچنین ترجیح شخصی باشد. بیش از نیمی از نوزادان پسر در ایالات متحده ختنه شده‌اند، ولی در بسیاری از کشورهای دیگر به‌ندرت انجام شده است. تعدد ختنه در ایالات متحده‌ی امریکا، در حالی که اطلاعات جدید جدل‌های علمی را برای انجام این روش پیش کشیده، رو به کاهش است.

زمانی دکترها فکر می‌کردند ختنه در کاهش وقوع سرطان آلت نری مؤثر است، چرا که از بروز عفونت‌ها جلوگیری می‌کرد، و بروز تغییراتی را در ظاهر آلت نری که به سفت شدن پوست حشفه مربوط بود، کاهش می‌داد. به هرحال، حقیقت این مزایا به اثبات نرسید. در واقع آکادمی پزشکان اطفال امریکا بیانیه‌ای صادر کرد که در حال حاضر هیچ دلیل پزشکی محرزی برای انجام ختنه به‌طور معمول وجود ندارد. انجام ختنه براساس اعتقادات فرهنگی یا مذهبی هنوز نسبتاً رایج است. البته، تصمیم‌گیری، مسئله‌ای است که والدین هر دو باید نسبت به آن راحت باشند.

اگر تصمیم دارید پســر خود را ختنه کنید ــ تا جایی که سالم باشد، دوره‌ی کامل خود را گذرانده یا نزدیک به دوره‌ی کامل باشد، و ناهنجاری‌های مادرزادی نداشته باشـــد که موجب عدم انجام کار شود ــ پزشـــک زایمان یا پزشک اطفال یک یا دو روز بعد از تولد پســرتان این کار را انجام می‌دهد. بعضی از خانواده‌های یهودی بعد از ترخیص نوزاد از بیمارستان، یک مراسم ختنه‌سوران دارند که توسط یک خاخام انجام می‌شود.

تا چندین سال پیش، دکترها ختنه را بدون هیچ نوع بی‌حسی‌ای انجام می‌دادند. ولی امروزه، بسیاری از بیمارستان‌ها از کرمی بی‌حس‌کننده استفاده می‌کنندکه دکترها قبل از انجام کار به آلت نری نوزاد می‌مالند. تأکید اخیر بر درمان درد، یک پیشرفت پزشکی مهم و انسانی است و باعث مطالعاتی شد که نشان می‌دهد نوزادان هنگام ختنه نسبت به درد واقعاً عکس‌العمل نشان می‌دهند و دچار استرس می‌شوند. با وجود این، برخی از پزشکان ترجیح می‌دهند از مسکن استفاده نکنند، زیرا روش کار را طولانی می‌کند، که خود موجب افزایش ناراحتی نوزاد می‌شود.

بعد از ختنه، دکتر آلت نوزاد را با گاز استریل آغشته به وازلین می‌بندد. وقتی این گاز پس از چهار ساعت می‌افتد، سر آلت نری قرمز و کمی متورم به نظر می‌رسد.

نکته

اگر گاز نیفتاد، آن را نکشید. مقداری آب ولرم بر روی گاز بفشارید تا به شل شدن آن کمک کند. در روزهای اول، موضع را با آب ولرم تمیز و خشک کنید. پس از هربار تعویض پوشک، مقداری پماد ضد باکتری یا وازلین بمالید تا آلت نرم و ترمیم شود. معمولاً آلت ظرف مدت یک هفته کاملاً بهبود می‌یابد. در طول این مدت، ممکن است متوجه ماده‌ی رویه‌بسته‌ای بر نوک موضع بشوید، این ماده عادی است و به‌موقع از بین می‌رود. ولی در صورتی که آلت نری تغییر رنگ دهد یا به‌طور غیرعادی متورم شود یا در صورتی که نوزاد تب کند، با متخصص اطفال خود تماس بگیرید.

وقت گذراندن در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان

در طول اقامت در بیمارستان پس از زایمان، اکثر نوزادان با مادرانشان در یک اتاق هستند یا حداقل مدتی در اتاق معمولی نوزادان نگه‌داری می‌شوند ــ که گاهی اوقات به آن اتاق نوزادان سالم گفته می‌شود. ولی گاهی نوزادان به نوعی مراقبت بیشتر نیاز پیدا می‌کنند که تنها در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان امکان‌پذیر است ــ که گاهی به آن اتاق نوزادان با مراقبت‌های خاص گفته می‌شود. در چنین اتاق نوزادانی، ممکن است متوجه فضایی خاص برای مراقبت شدید بشوید، جایی که پرستارها به دستگاه‌های پیشرفته، دستگاه‌های تنفسی و غیره مجهزند. همچنین ممکن است متوجه شوید که این بخش برای نوزادانی که هنوز برای رفتن به اتاق نوزادان سالم آمادگی ندارند، ولی به مراقبت شدید و یک به یک نیز نیاز ندارند، به بخش آماده‌سازی تدریجی نیز معروف است.

اگر متخصص اطفال فکر می‌کند لازم است نوزاد شما در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان نگه‌داری شود، به این معنا نیست که مشکلی وجود دارد. اغلب، دکترها نوزادان را برای مدت کوتاهی در اتاق مراقبت‌های خاص نوزادان می‌گذارند تا فقط

به دلایل متعددی او را زیر نظر داشته باشند. در اینجا برخی از شایع‌ترین علل ذکر شده است (این فهرست تنها جزئی از کل است):

- ✓ نوزاد نارس به‌دنیا آمده باشد.
- ✓ وزن نوزاد در حد کافی نیست تا توسط بیمارستان مخصوص شما وزن هنگام تولد ثبت شود.
- ✓ ممکن است نوزاد به آنتی بیوتیک نیاز داشته باشد؛ برای مثال، به‌دلیل آنکه مادر در طول درد دچار تب بوده، یا به‌دلیل آنکه به مدت طولانی قبل از زایمان کیسه‌ی آب او پاره شده است.
- ✓ ممکن است متخصص اطفال به‌دلیل کند بودن تنفس نوزاد نگران شده باشد. این دلیل یکی از دلایل نسبتاً شایعی است که نوزاد را برای مدت کوتاهی زیر نظر می‌گیرند.
- ✓ نوزاد دچار تب یا تشنج باشد.
- ✓ نوزاد کم‌خونی داشته باشد.
- ✓ نوزاد با ناهنجاری‌های مادرزادی به‌دنیا آمده باشد.
- ✓ نوزاد به جراحی نیاز داشته باشد.

دادن مشخصات: معاینه‌ی اولین پزشک نوزاد

قبل یا بعد از زایمان، فردی از بیمارستان در مورد نام متخصص اطفالی که انتخاب کرده‌اید سؤال می‌کند. این دکتر باید فردی باشد که اختیار کار در بیمارستانی که شما زایمان کرده‌اید، داشته باشد. ولی ممکن است متخصص اطفالی نباشد که برای بعد از ترک بیمارستان انتخاب کرده باشید. اگر محل زندگی‌تان از بیمارستان دور باشد و یک متخصص اطفال در نزدیکی منزلتان انتخاب کرده‌اید که امتیاز کار در بیمارستانی که زایمان می‌کنید ندارد، لازم است برای مراقبت از نوزاد خود در طول اقامت در بیمارستان، متخصص اطفال دیگری انتخاب کنید. برحسب زمان زایمان شما، متخصص اطفال ممکن است نوزاد را در همان روز یا روز بعد معاینه کند.

هنگامی که متخصص اطفال نوزاد شما را معاینه می‌کند، وضعیت عمومی او را کنترل می‌کند، به صدای قلب او گوش می‌دهد، ملاج او را لمس (فضای بازی در جمجمه که استخوان‌های متعددی به یکدیگر می‌رسد)، و به دست‌ها و پاهای او نگاه می‌کند، لگن او را بررسی و به‌طور کلی از وضعیت مناسب نوزاد اطمینان حاصل می‌کند.

متخصص اطفال به انجام یک سری آزمایش‌های استاندارد خون و آزمایش‌های بررسی برای نوزاد دستور می‌دهد. آزمایش‌های بررسی‌کننده‌ی خاص مورد نیاز از هر ایالت به ایالتی دیگر متفاوت است، ولی اغلب شامل آزمایش‌هایی برای بیماری تیروئید، PKU (بیماری‌ای که فرد مبتلا در فعل و انفعال برخی از اسیدهای آمینه دچار مشکل است)، و سایر اختلالات توارثی متابولیک است. نتایج این آزمایش‌های بررسی‌کننده احتمالاً بعد از بردن نوزاد به خانه به دست می‌آید. متخصص اطفال در اولین معاینه‌ی نوزاد در مطب نتایج را به شما می‌دهد. هنگام ترخیص، از متخصص اطفال حتماً زمان معاینه‌ی مجدد نوزاد را سؤال کنید.

توجه به تغییرات ضربان قلب و دستگاه گردش خون

آیا به‌خاطر می‌آورید پزشکتان در طول معاینات دوران بارداری چگونه ضربان قلب جنین را کنترل می‌کرد؟ شاید در آن هنگام متوجه تندی ضربان بودید. ضربان قلب جنین در رحم، به‌طور متوسط، ۱۲۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است، و این الگوی ضربان قلب در طول دوران نوزادی ادامه می‌یابد. ضربان قلب نوزاد شما همچنین می‌تواند با انجام فعالیت جسمانی افزایش و در هنگام خواب کاهش یابد.



پس از آنکه نوزاد شما به‌دنیا می‌آید، تغییرات مهمی در دستگاه گردش خون اتفاق می‌افتد. در رحم، به‌دلیل آنکه جنین از ریه‌های خود برای تنفس استفاده نمی‌کند، ساختاری که به آن مجرای سرخرگی[1] گفته می‌شود، مسیر خون را از ریه‌ها تغییر می‌دهد. این تغییر جهت به‌طور عادی در اولین روز زندگی بسته می‌شود. گاهی اوقات، در اولین روزهای بعد از تولد، صدای سوفلی شنیده می‌شود که نشانه‌ی تغییراتی در جریان خون است. این سوفل، که به آن PDA برای مجرای سرخرگی باز گفته می‌شود، معمولاً عادی است و دلیلی برای نگرانی ندارد. به هرحال، برخی از سوفل‌های قلب نیازمند بررسی‌های بیشتری است؛ مخصوصاً، یک اولتراسون مخصوص از قلب نوزاد که اکوکاردیوگرام نام دارد. حتی زمانی که یک متخصص قلب به خاطر مشکلات ساختاری جزئی متوجه سوفل‌هایی می‌شود (مانند سوراخی در جدار قلب)، بسیاری از سوفل‌ها به‌خودی خود از بین می‌رود. در صورتی که سوفل قلبی برای نوزادتان تشخیص داده شود، با متخصص اطفال نوزاد خود یا متخصص قلب اطفال که در این موارد تخصص دارد، به‌طور کامل صحبت کنید.

---

۱. مجرایی که سرخرگ ریوی چپ را به آئورت جنین وصل می کند و بعد از تولد بسته می‌شود. م.

نگاهی به تغییرات وزن

اکثر نوزادان در اولین روزهای زندگی مقداری وزن کم می‌کنند ــ معمولاً در حدود ۱۰ درصد از وزن بدن خود را ــ که البته، اگر وزن شما ۳،۲۰۰ تا ۳،۶۰۰ گرم باشد، کمتر از ۴۵۴ گرم (۱ پوند) کم می‌شود. این پدیده کاملاً عادی و معمولاً به دلیل از دست دادن مایع از طریق ادرار، مدفوع و عرق است. در طول اولین روزهای زندگی، یک نوزاد معمولی مقدار بسیار کمی غذا یا آب برای جایگزین کردن وزن از دست‌رفته مصرف می‌کند. نوزادان نارس بیش از نوزادانی که دوره‌ی کامل را پشت سر گذاشته‌اند وزن کم می‌کنند، و ممکن است برای جبران مجدد وزن زمان بیشتری طول بکشد. در عوض، نوزادانی که نسبت به سن دوران بارداری کوچک هستند، ممکن است به‌سرعت وزن اضافه کنند. به‌طور کلی، اکثر نوزادان تا روز دهم عمر، وزن هنگام تولد خود را مجدداً به‌دست می‌آورند. در پنج ماهگی، احتمالاً دو برابر وزن هنگام تولد وزن می‌گیرند. و در پایان یک‌سالگی، وزن آن‌ها سه برابر می‌شود.

آوردن نوزاد به خانه

بالاخره، روز ترخیص از بیمارستان فرا می‌رسد و می‌توانید نوزاد خود را به خانه بیاورید. لازم است لباس‌هایی برای تعویض نوزاد بیاورید تا در خانه بپوشد. می‌توانید لباس‌های بسیار زیبایی برای نوزادان بخرید. ولی به‌خاطر داشته باشید نوزادان به تعویض مکرر پوشک نیاز دارند، بنابراین لباس‌هایی انتخاب کنید که به‌راحتی باز و بسته شود و پوشاندن و درآوردن آن‌ها راحت باشد.

از همه مهم‌تر آن است که برای بردن نوزاد خود به خانه، یک صندلی مخصوص ماشین داشته باشید که در حد قابل توجهی از آسیب دیدن نوزادان جلوگیری می‌کند. و نمی‌توانیم از توصیه به آن چشم‌پوشی کنیم. در ایالات متعددی، صندلی ماشین یک ضرورت قانونی قبل از ترخیص نوزاد از بیمارستان است. برای کسب اطلاعات بیشتر برای انتخاب صندلی ماشین مناسب، به فصل ۷ رجوع کنید.

در برخی موارد، مادر قبل از نوزاد آماده‌ی ترک بیمارستان می‌شود؛ برای مثال، زمانی اتفاق می‌افتد که نوزاد نارس به‌دنیا آمده است و برای رشد و تکامل قبل از ترک بیمارستان، به زمان نیاز دارد. همچنین زمانی می‌تواند اتفاق بیفتد که نوزاد زردی داشته و به نوردرمانی در بیمارستان نیاز داشته باشد. (بعداً در این فصل در مورد زردی آگاه می‌شوید.)

رفتن به خانه بدون نوزادتان به هر دلیلی که باشد، ممکن است به شما و همسرتان احساس ناامیدی زیاد و پوچی بدهد. در صورت بروز چنین مسئله‌ای، بدانید

احساسات‌تان کاملاً طبیعی است. تنها رفتن به خانه پس از آن همه انتظار برای همراه داشتن نوزادی مشکل است. فقط به خاطر داشته باشید نوزاد شما به‌زودی به خانه خواهد آمد و آنگاه جدایی چند روز اول را فراموش خواهید کرد. نوزاد شما برای تمام مدت عمر با شما خواهد بود، و زمان زیادی برای ایجاد رابطه‌ای زیبا و دوست‌داشتنی خواهید داشت. آنچه حائز اهمیت است، این است که نوزادتان سالم به خانه بیاید!

هنگامی که زمان فرا می‌رسد، آوردن نوزاد به خانه امتیازی بزرگ و مسئولیتی بسیار سنگین است. ناگهان شما و همسرتان بدون مزایای پرستاری پرسنل بیمارستان، مسئول نگه‌داری از نوزاد خود می‌شوید. شاید اعضای خانواده یا یک پرستار بچه برای کمک داشته باشید، ولی در نهایت اکنون مسئولیت با شماست! در این بخش، به روش‌های متعددی برای مراقبت از نوزاد شما می‌پردازیم. همه‌چیز به‌جز تغذیه، که در فصل ۱۳ به آن می‌پردازیم.

حمام کردن

نکته

تا زمانی که بند ناف نوزادتان نیفتاده است، او را فقط با یک اسفنج حمام تمیز کنید. یک ظرف آب ولرم آماده کرده و نوزاد را بر روی میز تعویض یا بر روی پیشخانی که با یک حوله پوشانده شده، یا بر روی یکی از اسفنج‌های بزرگی که در بعضی از فروشگاه‌های لوازم نوزاد فروخته می‌شود، بخوابانید. با یک لیف تمیز، از سر تا پای نوزاد را تمیز کنید. برای هریک از چشم‌ها از یک پنبه‌ی گلوله‌شده‌ی جدا استفاده کنید. فوراً نوزاد را خشک کنید تا سرما نخورد. برخی از مادران متوجه می‌شوند ابتدا شستن سر نوزاد مؤثر است، فوراً آن را خشک کرده، و سپس مابقی بدن را تمیز کنید. از آنجا که حرارت زیادی از طریق سر از دست می‌رود، در حالی که بقیه‌ی بدن را می‌شویید، خشک نگه‌داشتن سر کاری عاقلانه است.

حفظ کنید

بعد از آنکه بند ناف نوزاد افتاد، برای حمام کردن او در وان آزادید. بسیاری از فروشگاه‌های لوازم نوزاد، وان‌های پلاستیکی کوچکی می‌فروشند که برای نوزادان طراحی شده و می‌تواند در سینک آشپزخانه یا بر روی پیشخان قرار بگیرد. به قسمت جانبی «تمیز نگه داشتن وروجک کوچکتان» برای برخی توصیه‌های مربوط به استحمام، رجوع کنید.

نکته

تماس دست با بدن روشی آسان برای انتقال عفونت‌ها از شخصی به شخص دیگر است، بنابراین مطمئن شوید افرادی که با نوزاد شما تماس دارند، دستان خود را خوب شسته باشند. مطمئن شوید دست‌هایشان را با صابون بشویند، نه فقط با آب، تا در حد ممکن تمیز شود.

تمیز کردن وروجک کوچکتان

شـایـد متوجه شوید حمام کردن نوزاد پرتحرک شما کمی مشکل است، ولی پیروی از توصیه‌های زیر به هر دوی شما می‌تواند کمک کند تا از زمان استحمام لذت ببرید:

- ✓ با آرنج دمای آب را امتحان کنید تا مطمئن شوید زیاد داغ نباشد. (ممکن است دست شما نسبت به حرارت حساس نباشد.)
- ✓ قبل از حمام نوزاد خود مطمئن شـوید تمام وسـایل مورد نیاز را در اختیار دارید: لیف، پنبه‌های گلوله‌شده، صابون ملایم در صورت تمایل (شستشو بدون صابون نیز خوب است)، شامپوی ملایم، حوله‌ی خشک، یک پوشک تمیز، و یک دست لباس تمیز.
- ✓ مطمئن شـوید سـر و بدن نوزادتان در طول استحمام محکم نگه داشته شده است. به‌خاطر داشته باشید نوزاد شما قادر به نگه داشتن سر خود نیست.
- ✓ برای تمیز کردن صورت نوزاد از آب ساده (بدون صابون) استفاده کنید.
- ✓ از یـک لیف برای تمیز کردن قسـمت‌های خارجی گوش‌ها استفاده کنید. گوش پاک‌کن را داخل گوش‌ها و بینی نوزاد نبرید.
- ✓ اندام تناسلی دخترها را از جلو به عقب بشویید تا از شستن مدفوع به سمت جلو ممانعت شود. برای پسـرها، زیر کیسه‌ی بیضه را بشویید و بدون کشـیدن شدید پوست حشفه به عقب آن را تمیز کنید.
- ✓ در صورتی که نوزاد شما پوست بسیار خشک یا حتی اگزما دارد (شرایطی که پوست همیشه خشـک و پوسته‌پوسته است)، نوزاد خود را کمتر حمام کنید (هرچند روز یک‌بار)، زیرا آب زیاد موجب افزایش خشـکی پوسـت می‌شود. در صورتی که بهتر نشد، با متخصص اطفال خود مشورت کنید.
- ✓ اگر نوزاد شما در تنظیم خواب شبانه مشکل دارد، می‌توانیـد قبـل از زمان خـواب او را حمام کنید. این کار ممکن است برای نوزاد آرامش‌بخش باشد.
- ✓ اگر دوقلو دارید، سـعی کنید یک نوزاد را هنگامی که دیگری خواب است حمام کنید، به این طریق مجبور نیستید در حالی که یک نوزاد را حمـام می‌کنید، از نـوزاد دیگری مراقبت کنید که گریه می‌کند.

البتـه می‌دانیـم ایـن مسـئله را می‌دانیـد، ولـی هرگز نوزاد را بدون مراقبت در وان حمام تنها نگذارید.

آروغ زدن

اغلب نوزادان هنگام شیر خوردن مقداری هوا می‌بلعند، مخصوصاً اگر با شیشه تغذیه شوند. جمع شدن هوا داخل معده‌ی نوزاد موجب احساس ناراحتی او می‌شود. خبر خوش این است که این ناراحتی با یک آروغ گنده از بین می‌رود! برای آگاهی از برخی روش‌هایی که برای کمک به آروغ زدن نوزاد مؤثر است، به فصل ۱۳ رجوع کنید.

نکته

در حالی که نوزاد را برای آروغ زدن نگه داشته‌اید، یک کهنه‌ی پارچه‌ای یا کهنه‌ای مخصوص آروغ بر روی شانه‌ی خود بگذارید. نوزادان اغلب هنگام آروغ زدن مقداری از شیر مادر یا شیر خشک را برمی‌گردانند، و کهنه از لباس شما محافظت می‌کند.

خوابیدن

می‌توانستیم نظریه‌های زیادی در مورد الگوهای خواب نوزادان توصیف کنیم. برخی از افراد می‌گویند امکان برقراری یک الگو در فواصل خوابیدن و خوردن بهتر است. مزیت این روش آن اســت که می‌توانید برای زندگی و برنامه‌ریزی کارهای خود در اطــراف نیازهای نوزاد بهتر برنامه‌ریزی کنید. عده‌ای دیگر احســاس می‌کنند تنها توجه به تمایلات نوزاد بهتر اســت ـ تماشــا کردن و گوش دادن به زمانی که نوزاد شــما گرسنه یا مایل به خواب باشــد. انتخاب یک نقطه‌نظر در این موضوع مشکل اســت. کتاب‌های کاملی به این موضوع اختصاص داده شده که می‌تواند مؤثر باشد. در صورتی که عادت‌های نوزادتان برایتان به یک مشــکل تبدیل شــود، می‌توانید با متخصص اطفال خود مشورت کنید.

نکته

هنــگام رویایی بــا عادت‌هــای خواب نــوزاد خود توصیه‌هــای زیــر را به خاطر داشته باشید:

- ✓ متخصصان اطفال توصیه می‌کنند نوزادان به پشت خود بخوابند ـ نه بر روی شــکم، زیرا با ســندرم مرگ ناگهانی نوزادان (SIDS) مرتبط است. برای نگه داشــتن نوزاد خود به پشت، پتویی را لوله کنید و به‌عنوان یک پشتی از آن استفاده بکنید تا از غلتیدن نوزاد جلوگیری کند. در فروشگاه‌های لوازم نوزاد کوسن‌های کوچک مخصوصی نیز برای این منظور فروخته می‌شود.
- ✓ شــاید مایل به آویختن اشیایی با تصاویر روشــن در اطراف تخت نوزاد خود باشید تا هنگام بیداری چیزهای جالبی نگاه کند. ولی مراقب باشید. به منظور به حداقل رســاندن هر نوع خطر خفگی، بالش یا اسباب‌بازی‌های نرم داخل تخت یا گهواره‌ی او نگذارید.
- ✓ پخش یک موسیقی ملایم قبل از خواب نیمروزی می‌تواند به نوزاد شما برای خواب کمک کند.
- ✓ بعضی از نوزادان هنگامی که تکان داده شوند راحت‌تر به خواب می‌روند. اما مراقب باشید، تغییر الگوهای تثبیت‌شده مشکل است.
- ✓ اجازه ندهید نوزاد شــما با شیشــه‌ی شیر در دهان به خواب برود. این عادت می‌تواند به مشکلات دندانی مانند پوسیدگی دندان منجر شود.

نکته

بعضی از نوزادان دچار حالتی می‌شـوندکه به آن صورت معکوس روز با شـب گفته می‌شود: در طول روز می‌خوابند ولی تمام شب بیدارند. اگر چنین عادتی برای نوزاد شما بروز می‌کند، می‌توانید با تحریک او از طریق عکس‌ها، اسباب بازی، یا فعالیت‌هایی او را در طول روز بیشتر بیدار نگه دارید. ولی معمولاً، اگر نوزادی می‌خواهد بخوابد، می‌خواهـد بخوابد و نمی‌توانیـد کار زیادی در این باره انجام دهید. خبر خوش این اسـت که اکثر نوزادان این عارضه را پشـت سـر می‌گذارند و ناگهان عادات خود را تغییر می‌دهند.

گریه

نوزادان برای ابـراز خود گریه می‌کنند. بعضی از نوزادان در طول هفته‌ی اول عمر، به‌ندرت گریه می‌کنند و به نظر کاملاً سرحال و آرام می‌آیند. ولی از هفته‌ی دوم، به بلندترین گریه‌کنندگان دنیا تغییر می‌یابند. بسـیاری از نوزادان شیوه‌ها و صداهای مختلفی برای گریه‌ی خود به‌وجود می‌آورند، که هرکدام معنایی متفاوت دارد. به‌زودی درمی‌یابید چگونه باید پیام‌های نوزاد خود را تشخیص بدهید، ولی گاهی ممکن است نوزادی بدون هیچ دلیل واضحی گریه کند. می‌توانید هریک از روش‌های آرامش‌بخش را امتحـان کنید ـ کمی نـوزاد را در اطراف راه ببرید، با او حـرف بزنید، او را روی زانوهای خود بالا و پایین ببرید، یا هرچیز دیگری. اگر هیچ‌یک مؤثر واقع نشد و در واقع نتوانسـتید مشکلی را تشخیص دهید، فوراً قضاوت نکنید که مادر بسیار بدی هستید. این طور نیست. نوزادان همیشه دلیلی برای گریه ندارند، و شاید نوزاد شما فقط به کمی گریه نیاز دارد!

کولیک

اگر نوزاد شما سه ساعت در روز، سه روز در هفته، سه هفته‌ی پیاپی گریه می‌کند، علت آن کولیک است. دکترها علت دقیق آن را نمی‌دانند، ولی گاهی معتقدند ممکن است با ناراحتی روده مرتبط باشد. شاید آدم خوش‌شانسی باشید و این موجود زشت هرگز سر خود را برنگردانده باشد. یا شاید مانند بسیاری از ما روزهای کولیک را انگار که دیروز بود، به یاد می‌آورید. کولیک اغلب در حدود ۴ تا ۶ هفتگی شروع می‌شود و در حدود ۱۲ هفتگی پایان می‌یابد.

هنگامی که نوزاد شـما کولیک داشته باشد، مدام گریه می‌کند و برای آرام کردنش کاری از دست‌تان برنمی‌آید. اغلب در حدود ۶ تا ۱۰ شب شروع می‌شود. اگر شاغلید و این زمانی اسـت که بالاخره می‌توانید با نوزاد خود باشید، ممکن است فکر کنید

نوزاد شما، دوست‌تان ندارد. مطمئن باشید زمان به شما بستگی ندارد، فقط ساعات غروب است که ساعات مسحورکننده است. می‌توانید توصیه‌های بخش جانبی «چرا نوزادان گریه می‌کنند و چه باید کرد» را برای آرام کردن گریه‌ی نوزاد خود امتحان کنید، ولی اگر هیچ‌چیز مؤثر واقع نشد، هراسان نشوید. خدا را شکر که کولیک تقریباً همیشه به خودی خود از بین می‌رود. در صورت عدم رفع آن، با متخصص اطفال خود صحبت کنید.

سکسکه

نکته

شاید از دوران بارداری خود به یاد بیاورید که جنین می‌تواند سکسکه کند. به‌زودی کشف می‌کنید نوزادان نیز اغلب سکسکه می‌کنند. گاهی شیر دادن یا دادن مقدار کمی آب به نوزاد (شاید با کمی شکر که در آن حل شده باشد)، می‌تواند سکسکه را برطرف کند.

زردی نوزاد

هنگامی که نوزاد شما ۲ تا ۵ روزه است، ممکن است پوست او ته‌رنگی زرد نارنجی پیدا کند. این حالت به زردی فیزیولوژیک نوزاد معروف است، و در یک سوم نوزادان اتفاق می‌افتد. افزایش تجمع بیلی‌روبین در خون نوزاد باعث زردی می‌شود. بیلی روبین شامل فراورده‌های جانبی هموگلوبین از گلبول‌های قرمز خون نوزاد است؛ فراورده‌های جانبی‌ای که به‌طور طبیعی از طریق کبد و کلیه‌ها بیرون ریخته شده است. میزان زیاد بیلی‌روبین به‌دلیل عدم تکامل کبد نوزاد پیش می‌آید. (زردی بارز در نوزادان نارس، که کبدشان به‌خصوص کامل نشده شایع‌تر است.) تغذیه از شیر مادر از اوایل زندگی می‌تواند در کاهش خطر زردی با پرآب نگه داشتن نوزاد و تحریک مجرای گوارشی مؤثر باشد.

در صورتی که زردی خیلی زود بروز کند یا بیش از معمول باقی بماند، متخصص اطفال ممکن است با کنترل میزان بیلی‌روبین او به‌طور روزانه، او را تحت نظر داشته باشد. در صورتی که میزان بیلی‌روبین به حد کافی بالا باشد، ممکن است متخصص اطفال درمان را آغاز کند، که گذاشتن نوزاد زیر چراغ‌های نوردرمانی خاصی است. این نوردهی باعث از بین رفتن بیلی‌روبین می‌شود و باعث می‌شود نوزاد سریع‌تر آن را دفع کند. نگه داشتن پوست نوزاد در معرض نور خورشید ــ مثلاً از طریق پنجره ــ می‌تواند در از بین بردن بیلی‌روبین کمک کند.

نکته

چرا نوزادان گریه می‌کنند و چه باید کرد

صدای گریه‌ی نوزاد برای جلب توجه والدین به‌طرز ماهرانه‌ای طراحی شده است. اغلب، گریه‌ای برای کمک است و می‌توانید کاری انجام دهید ــ به نوزاد شیر بدهید، بغلش کنید، پوشک او را عوض کنید ــ تا گریه‌ی او بند بیاید. از طرفی دیگر، گاهی نوزاد بی‌هیچ دلیل آشکاری گریه می‌کند، و شاید فقط باید بگذارید گریه کند ــ و مانند یک مادر بد برای چنین کاری احساس ناخوشایندی نداشته باشید. نوزادان زمانی گریه می‌کنند که:

- ✓ گرسنه باشند
- ✓ به تعویض پوشک نیاز داشته باشند
- ✓ به‌خاطر وجود گازها درد داشته و به آروغ زدن نیاز داشته باشند
- ✓ خسته باشند
- ✓ ناراحت باشند ـ لباسشان بسیار تنگ باشد، گرمشان شده باشد یا برای مثال وضعیتی را که در آن قرار گرفته‌اند، دوست نداشته باشند
- ✓ ترسیده باشند
- ✓ بیش از حد تحریک شده باشند
- ✓ مایل باشند در آغوش‌شان بگیرند
- ✓ مایل به مکیدن چیزی باشند.

در اکثر موارد، می‌توانید از احساس خود برای تشخیص روش آرام کردن گریه‌ی نوزاد خود استفاده کنید. ولی ابتدا داشتن فهرستی از تمام راهکارهای کارآمد می‌تواند مؤثر باشد:

- ✓ نوزاد را با یک اسباب‌بازی سرگرم کنید.
- ✓ نوزاد را حمام کنید.
- ✓ به نوزاد پستانک بدهید.
- ✓ او را با حالتی گرم، حمایتگر و پر از عشق در آغوش بگیرید.
- ✓ اجازه بدهید نوزاد در اتاقی آرام استراحت کند و آرامش یابد (که آرام بودن آن به غیر از صدای گریه‌ی نوزاد باشد) یا او را در تختش بگذارید تا استراحت کند.
- ✓ موسیقی پخش کنید.
- ✓ نوزاد را در صندلی ماشین بگذارید و آن را بر روی ماشین لباسشویی در حال کار بگذارید، آن را نگه دارید تا مطمئن شوید نمی‌افتد. بعضی از نوزادان این لرزش ملایم را آرامش‌بخش می‌یابند.
- ✓ در یک صندلی گهواره‌ای یا تاب مخصوص نوزاد، او را تکان دهید، راه ببرید (در یک کالسکه یا در بغل)، یا او را برای ماشین سواری بیرون ببرید.

اگر تمام این موارد با شکست روبه‌رو شد و مطمئن بودید نوزادتان در واقع ناراحتی‌ای ندارد، شاید لازم باشد بگذارید او فقط گریه کند! بعد باید به‌دنبال راهی باشید که اجازه ندهید این کار شما را ناراحت کند. (توصیه: سعی کنید رادیو را روشن کنید.)

پستانک

والدین جدید اغلب دچار دو طرز فکر در مورد اســتفاده از پستانک می‌شوند. برخی بدون آن نمی‌توانند زندگی کنند، در حالی که عده‌ای دیگر معتقدند این مسئله تنها آن‌ها را دچار مشــکلاتی می‌کند. بزرگ‌ترین مزیت استفاده از پستانک آن است که اغلب در آرام کردن گریه‌ی نوزاد مؤثر است. ضرر آن این است که بالاخره، باید عادت استفاده از پستانک را از فرزند خود بگیرید.

آیا هیچ‌مزیت یا مشــکلی طبی برای اســتفاده از پستانک وجود دارد؟ خوشبختانه، اطلاعات علمی هیچ تأثیر ســوئی در درازمدت نشان نداده است. بعضی از مردم در مورد اســتفاده از پستانک و پوسیدگی‌های دندان در دوران خردسالی نگرانند، ولی تجدیدنظری که در مطالعات پزشــکی صورت گرفته، وجود چنین ارتباطی را نشان نمی‌دهد. همچنین، برخی از مطالعات کاهش خطر ســندرم مرگ ناگهانی نوزادان را با استفاده از پستانک نشان می‌دهد، گرچه در حال حاضر، هیچ توصیه‌ی خاصی برای استفاده از پســتانک مبنی بر محافظت در برابر سندرم مرگ ناگهانی نوزادان صورت نگرفته است.

جلوگیری از آسیب‌دیدگی‌های نوزادان

آگاهی بهترین راه برای پیشگیری است، و اطلاع از آسیب‌دیدگی‌های شایع در نوزادان، بهترین روش برای پیشگیری از :روز آن‌هاست. مطالعات اخیری در کانادا تقریباً ۱۰۰۰ مورد از آســیب‌دیدگی‌های نوزادان زیر یک‌سال را گزارش کرده، و شایع‌ترین موارد آسیب‌دیدگی را به ترتیب وقوع نشان داده است:

- ✓ افتادن
- ✓ بلعیدن مواد خطرناک
- ✓ سوختگی

شــایع‌ترین نوع سقوط، افتادن از روی مبلمان، صندلی ماشین، پله‌ها یا از روروئک اســت. اشکال کلی آسیب‌دیدگی برحسب سن کودکان متغیر است. برای مثال، در نوزادان تازه‌متولد، افتادن از روی اثاث خانه یا از دست بیشتر بوده است، در حالی که در مورد نوزادانی که کمی بزرگ‌تر بوده‌اند، افتادن از پله‌ها یا روروئک شــایع‌تر بوده است. بنابراین به مایه‌ی شادمانی کوچک خود محکم بچسبید و همیشه هنگامی که نزدیک پله‌ها، بر روی میز تعویض یا در روروئک است، مراقب او باشید.

خرید برای نوزاد

مُـد بـرای نوزادان صنعت خاص خـود را دارد. امروزه بسـیاری از لباس‌هایی که بـرای نوزادان دوخته می‌شـود، زیبا، بامزه و دوست‌داشـتنی اسـت ــ هم برای پسرها و هم برای دخترها ــ و اگر برای خرید چیزها به تعداد زیاد وسوسه شده‌اید، تنها نیستید.

ولی آگاه باشید: حتی نمی‌توانید نیمی از لباس‌هایی را که خریده یا هدیه گرفته‌اید، اسـتفاده کنید. لباس‌های نوزادان با سـرعتی باورنکردنی برایشان کوچک می‌شود. همچنین هنگامی که به زندگی روزانه با نوزاد خود عادت کردید، تازگی لباس‌های کوچک دوست‌داشتنی از بین می‌رود و واقع‌بینی شما پیشی می‌گیرد. ساده پوشاندن و درآوردن و شستن لباس‌های راسته‌ی آزاد، آسان‌تر است تا لباس‌های کاملاً هماهنگ با پوتین و کلاه.

علاوه بر پوشـاک، نوزاد شما به مجموعه‌ی کاملی از لوازم نیاز دارد، که در جمع به آن سیسمونی گفته می‌شود. در اینجا چند پیشنهاد داده شده است:

- ✓ **لوازم بهداشتی:** یک برس سر، ناخن‌گیر، شامپو و صابون تهیه کنید.
- ✓ **دارو و لوازم کمک‌های اولیه:** اقلامی چون کرم آنتی‌بیوتیک، دماسنج مقعدی، دستگاه مکنده‌ی بینی، باند و داروهای نوزاد لازم است در دسترس باشد.
- ✓ **پوشـاک و ملحفه‌ها:** به چند حوله، لیف، پتـو و ملحفه برای تخت نوزاد نیاز دارید.
- ✓ **اثاثیه:** به دنبال یک تخت ثابت، گهواره و میز تعویض برای نگه‌داری از نوزاد باشید.
- ✓ **صندلی ماشـین:** برای آنکه بدانید باید دنبال چه چیزی باشید، به فصل ۷ رجوع کنید.
- ✓ **کالسکه:** کالسکه‌ای که به نوزاد امکان دراز کشیدن بدهد ایده‌آل است.

تشخیص علمی برای نگرانی



والدین جدید معمولاً با پیدایش هر علایمی که ممکن اسـت برای نوزاد بروز کند، نگران و مضطرب می‌شوند. اگر زیاد در اطراف نوزادان نبوده‌اید، ممکن است متوجه شوید شـناخت نوزادتان، مخصوصاً در ابتدا کمی مشکل است. نوزادان همیشه بالا

می‌آورنـــد و جوش‌های کوچکی می‌زنند و مشـــکلاتی دیگر. ولـــی چه زمانی باید با متخصص اطفال تماس بگیرید؟ زمانی به دکتر خود تلفن کنید که:

- ✓ در صورتی که متوجه تغییری در رفتار نوزاد خود شده‌اید. مثلاً، اگر نوزادی که معمولاً به‌راحتی می‌خوابد ناگهان به‌شدت شروع به گریه کند، یا اگر نوزادی که معمولاً خوب می‌خورد، ناگهان هیچ‌چیز نخورد.
- ✓ در صورتـــی کـــه تنفس نوزاد شـــما کُند یا به شـــدت کوتـــاه، بریده‌بریده و سریع شود.
- ✓ در صورتی که نوزاد دو تا سه بار در روز دچار اسهال یا استفراغ شده باشد.
- ✓ در صورتی که نوزاد کمتر از چهار پوشک خیس در روز داشته باشد.
- ✓ در صورتی که درجه حرارت بدن نوزاد شما بیشتر از ۳۷/۷ درجه‌ی سانتی‌گراد یا کمتر از ۳۶/۳ درجه باشد.
- ✓ در صورتی که نوزاد شما دچار خارش ناگهانی یا تغییر رنگ پوست شود.

فصل ۱۲

مراقبت از خود بعد از زایمان

در این فصل

- بهبودی بعد از زایمان
- بهبودی بعد از زایمان سزارین
- نگاهی به تغییرات بعد از زایمان
- شروع مجدد فعالیت‌های عادی

بر طبق یک مثل قدیمی، برای زن نُه ماه طول می‌کشد تا بچه‌ای به‌وجود آورد و برای بدن او نه ماه طول می‌کشد تا به حالت‌های عادی خود بازگردد. در واقع، زمان بهبودی بعد از زایمان در هر خانمی نسبت به خانمی دیگر در حد زیادی متفاوت است. ولی اکثر تغییراتی که بدن شما در طول دوران بارداری متحمل می‌شود، در طول دوره‌ی بعد از زایمان به حالت عادی بازمی‌گردد که گاهی دوران استراحت بعد از زایمان گفته می‌شود که بلافاصله بعد از خروج جفت آغاز می‌شود و به مدت شش تا هشت هفته ادامه می‌یابد.

در حالی که این دوره‌ی تغییر را از سر می‌گذرانید، احتمالاً سؤالاتی در مورد نحوه‌ی تغییر دوران بعد از زایمان به راحت‌ترین شکل ممکن برایتان پیش می‌آید. در این فصل، به شما می‌گوییم در حالی که بدن به شکل سابق خود برمی‌گردد و مقاربت مجدداً آغاز می‌شود و همچنان که با چالش‌های جسمانی و روانی جدید مادری کنار می‌آیید، زندگی چگونه خواهد بود.

گذراندن دوره‌ی نقاهت بعد از زایمان

متوسط اقامت در بیمارستان بعد از یک زایمان طبیعی بدون مشکل، ۲۴ تا ۴۸ ساعت است. بعد از سزارین، ممکن است ۳ تا ۴ روز در بیمارستان بستری باشید. در برخی از بیمارستان‌ها، این دوره‌ی نقاهت را در همان اتاقی می‌گذرانید که زایمان کرده‌اید. در برخی دیگر، به بخش مجزای دیگری منتقل می‌شوید. پرستارها به کنترل علایم حیاتی شما (فشار خون، ضربان نبض، درجه‌حرارت بدن و تنفس)

ادامه می‌دهند و وضعیت رحمتان را برای اطمینان از سـفت و منقبض شـدن آن کنترل می‌کنند. پرسـتارها (اغلب همان کسی که از شما مراقبت می‌کند) علایم حیاتـی نوزادتان را نیز کنتـرل می‌کنند. همچنین می‌توانند مسـکن‌هایی را که پزشکتان تجویز کرده، در صورت نیاز به شما بدهند، و در صورتی که اپیزیوتومی یا برش سزارین داشته باشید، برای مراقبت به شما کمک کنند.

ظاهر و احساسی مانند یک مادر جدید

خانم‌ها تنها در فیلم‌ها و تلویزیون لباس‌های شـیک قبل از بارداری می‌پوشـند و بیمارستان را ترک می‌کنند؛ به‌طوری که انگار حتی به بچه‌دار شدن هم فکر نکرده بودند. زایمان خسـاراتی به بدن می‌رساند، و گرچه اکثر تغییرات گذراست، متوجه خواهید شد که هم ظاهر و هم احساسی متفاوت دارید.

پس از زایمان، ممکن اسـت صورت‌تان متورم، بسـیار قرمز و احتمالاً لکه‌لکه شود. برخی از خانم‌ها بر روی هم، دور چشمانشان سیاه شده و یا رگ‌های خونی اطراف چشم‌هایشان پاره می‌شود، به‌طوری که انگار همین الان از یک مسابقه‌ی مشت‌زنی آمده‌اند. تمام این خصوصیات قابل انتظار اسـت، برای پارگی مویرگ‌های نازک در صورت‌تان که بر اثر فشـار به‌وجود می‌آید، نگران نباشید. ظرف چند روز مجدداً به شکل سابق خود شبیه می‌شوید.

احساسـی مانند قبل خواهید داشت، ولی به احتمال زیاد با پس‌درد، یا انقباضاتی مواجه می‌شـوید که هر از گاهی بعد از زایمان به‌وجود می‌آید. این دردها شـبیه انقباضاتی اسـت که در طول درد و زایمان با آن مواجه شـدید، و به‌تدریج ظرف چند روز از بین می‌رود. شـاید متوجه شـوید هنگام شـیردهی پس‌دردها بیشتر احساس می‌شود.

آگاهی نسبت به خونریزی بعد از زایمان



مواجهـه با خونریزی مهبلی بعد از زایمان کاملاً طبیعی اسـت، حتی اگر زایمان سـزارین داشـته‌اید. به‌طور متوسـط میزان خونی که در زایمان طبیعی از دست می‌رود، در حدود ۵۰۰ سی‌سی یا یک پاینت است. بعد از سزارین، متوسط خونی که از دسـت می‌رود، دو برابر می‌شـود که در حدود یک لیتر یا یک کوارت است. بسـیاری از پزشـکان به منظور به حداقل رساندن خونریزی شدید، از طریق سرم مادر، اکسی‌توسـین (با نام تجارتی پیتوسـین) یا از طریق تزریق عضلانی، متیل ارگونوین مالئـات (مترژین) تزریق می‌کنند. این داروها به منقبض نگاه داشـتن

رحم کمک می‌کند. هنگامی که رحم منقبض می‌شود، فشار آن رگ‌های خونی از بستر جفتی را برای کاهــش خونریزی می‌بندند. اگر به نظر نرسد رحم شما به نحو مطلوب منقبض می‌شــود، ممکن است پزشک یا پرستارتان، از طریق شکم، برای تقویت انقباضات رحم، شما را ماساژ دهد.

به خونی که از مهبل شما می‌آید، نفاس گفته می‌شود که ممکن است ابتدا قرمز روشــن و حاوی لخته‌هایی باشد. بعداً، رنگ آن صورتی و سپس قهوه‌ای می‌شود. به‌تدریج از حجم آن کاسته می‌شود، ولی جریان آن ممکن است سه تا چهار هفته بعد از زایمان ادامه داشته باشد. شاید متوجه شوید پس از هر بار شیردهی، مقدار خونریــزی افزایــش می‌یابد. این افزایش به‌دلیل هورمون‌هایی اســت که به تولید شــیر کمک می‌کند و موجب انقباض رحم شما نیز می‌شود. این انقباض هر خون یا نفاســی را که در رحم باشــد، بیرون می‌فرستد. بســیاری از بیماران می‌گویند خونریزی زمانی که بعد از مدتی ماندن در تخت می‌ایســتند، بیشــتر اســت. این خونریزی بیشــتر تنها به این خاطر است که خون در حالی که دراز می‌کشید، در رحم و مهبل جمع می‌شــود، و هنگامی که می‌ایستید، نیروی جاذبه آن را پایین می‌کشد. این امر کاملاً طبیعی است.



در صورتی که خونریزی شدید به همراه لخته‌های خونی تا چند هفته بعد از زایمانتان ادامه پیدا کرد، به پزشک خود اطلاع دهید.

بهترین راه کنار آمدن با خونریزی بعد از زایمان، استفاده از نوار بهداشتی است. نوارهای بهداشتی با قطرهای مختلف برای جذب هر مقدار خونریزی‌ای که دارید، در دسترس است. از تامپون استفاده نکنید، زیرا ممکن است در مدت زمانی که رحم شما هنوز در حال بهبودی است، موجب بروز عفونت شود. اگرچه خونریزی معمولاً بعد از دو هفته متوقف می‌شود، بعضی از خانم‌ها به مدت شش تا هشت هفته خونریزی دارند. گاهی تکه‌های ریزی از بافت جفت در رحم باقی می‌ماند، که این وضعیت می‌تواند موجب خونریزی شدید شود.



در گذشــته، دکترها به خانم‌ها می‌گفتند تا زمان وجود خونریزی، در وان پر از آب حمام نکنند. امروزه، بســیاری از پزشکان می‌گویند حمام در وان آب بلامانع است، و بســیاری احساس می‌کنند که حداقل، نشستن در آب کم‌عمق، کاملاً قابل قبول است. اگر پزشک شما می‌گوید از حمام در وان آب تا زمانی که خونریزی‌تان متوقف نشده خودداری کنید، به دلیل نگرانی از افزایش احتمال بروز عفونت در داخل رحم با حمام کردن در وان است. مشکل آن است که دکترها در واقع هیچ اطلاعاتی درباره‌ی این موضوع ندارند ـ هیچ تحقیقی خطر حمام را در وان آب نشان نمی‌دهد. از خود پزشک بپرسید چه نظری در این مورد دارد.

در صورتی که نفاس شما بدبو باشد، به پزشک یا پرستار خود اطلاع دهید.

تحمل درد پرینه

میزان درد یا زخمی که در پرینه‌ی خود احساس می‌کنید (منطقه‌ای بین مهبل و مقعد) تا حد زیادی به سختی زایمانی که داشته‌اید، بستگی دارد. اگر نوزاد شما بعد از چند فشار به‌راحتی بیرون آمده باشد و پارگی یا اپیزیوتومی نداشته باشید، احتمالاً درد خفیفی احساس می‌کنید. در عوض، اگر، سه یا چهار ساعت فشار وارد کرده و یک نوزاد ۵ کیلوگرمی کمرشکن به‌دنیا آورده باشید، به احتمال زیاد از ناحیه‌ی پرینه اذیت می‌شوید. (به توصیه‌هایی برای کنترل درد، در بخش بعدی رجوع کنید.)

دردی که احساس می‌کنید، دلایل متعددی دارد: در حالی که بچه در مجرای زایمان عبور می‌کند، موجب کشش و ورم بافت اطراف می‌شود. اپیزیوتومی یا پارگی‌های پرینه، به‌طور طبیعی موجب اذیت می‌شود، همان‌گونه که هر جراحتی در هریک از اعضای دیگر بدنتان موجب ناراحتی خواهد شد. درد در دو روز اول بعد از زایمان شدیدتر است. پس از آن، به‌سرعت بهبود می‌یابد و معمولاً ظرف مدت یک‌هفته تقریباً از بین می‌رود.

ممکن است پرینه‌ی شما متورم باشد، و در صورتی که اپیزیوتومی انجام داده باشید، بخیه‌هایی بر روی آن داشته باشید. گاهی این بخیه‌ها از بیرون قابل رؤیت است و گاهی زیر پوست پنهان شده.

بسیاری از خانم‌ها نگران بخیه‌های اپیزیوتومی یا پارگی‌هایشان هستند. این بخیه‌ها را برنمی‌دارند. به‌تدریج طی یک تا دو هفته جذب می‌شود و برای تحمل اکثر فعالیت‌ها محکم است، بنابراین نگران نباشید که با یک عطسه، اجابت مزاج مشکل یا بلند کردن نوزاد ۵ کیلویی‌تان، بخیه‌ها پاره و باز شود.

به منظور جلوگیری از بروز عفونت، تمیز نگه داشتن موضع پرینه حائز اهمیت است. چنین عفونتی یک عارضه‌ی نادر است، ولی در صورتی که متوجه ترشحی بدبو یا افزایش درد یا التهاب در موضع، مخصوصاً اگر به بیش از ۳۸ درجه تب دچار شدید، با پزشک خود تماس بگیرید.

در اینجا بهترین شیوه‌های مراقبت از پرینه در حالی که از زایمان بهبود می‌یابد، ارائه شده است:

- ✓ موضع پرینه را تمیز نگه دارید. شـــاید مایل باشـــید برای کمک به تمیز نگه داشتن موضع که دسترسی به آن مشکل است، از یک بطری آب‌پاش با آب ولرم استفاده کنید. گاهی پرســـتارتان در بیمارستان می‌تواند یک بطری به شما بدهد تا با خود به خانه ببرید.
- ✓ برخی از خانم‌ها با نشستن در آب کم‌عمق دردشان تسکین می‌یابد. نشستن در آب کم‌عمق شامل قرار دادن نشیمنگاه در مقدار کمی آب ولرم است. در بیمارستان، پرستار برای شما لگن‌های مخصوصی برای این منظور می‌آورد. در خانه، می‌توانید در مقدار کمی از آب ولرم در وان حمام بنشینید. در صورتی که ورم زیادی در موضع داشته باشید، ریختن مقداری سولفات دومنیزی در آب می‌تواند به شما تسکین بیشتری بدهد.
- ✓ می‌توانیـــد انـــواع مختلفی از اســـپری‌ها و پدهای بی‌حســـی بخرید و برای کمک به تسکین درد در پرینه استفاده کنید. یا می‌توانید گازهای استریل را در عصـــاره‌ی ملج فرو بـــرده و آن را در موضع اســـتفاده کنید. بعضی از خانم‌ها درمی‌یابند سرد کردن عصاره‌ی ملج، کارآیی آن را افزایش می‌دهد. (می‌توانید گازهای آماده‌ای که آغشـــته به عصاره‌ی ملج است نیز خریداری کنید، مانند تاکس.) برخی دیگر از خانم‌ها پماد یا وازلین را نیز آرامش‌بخش یافته‌اند؛ پوست را مرطوب و نرم نگه می‌دارد و از چسبیدن به نوار بهداشتی جلوگیری می‌کند.
- ✓ استفاده از کیسه‌ی یخ بر روی پرینه در طی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان، به حداقل رساندن ورم و کاهش ناراحتی شما کمک می‌کند.
- ✓ مسکن‌های بدون نسخه ــ مانند استامینوفن (مثلاً تایلنول) یا ایبوپروفن (مانند ماترین یا ادویل) ــ یا برخی از مسکن‌های تجویزی هم درد را آرام می‌کند. در صورت شیردهی مصرف این داروها بلامانع است.
- ✓ از ایستادن به مدت طولانی خودداری کنید، زیرا باعث تشدید درد می‌شود.
- ✓ پس از اجابت مزاج، برای تمیز کردن خود با دستمال‌کاغذی، سعی کنید موضع را آلوده نکنید. موضع دور مقعد را با دستمال کاغذی جداگانه‌ای تمیز کنید، و دستمال را از عقب به سمت جلو نکشید. در صورتی که موضع اطراف مقعد یا پرینه ملتهب باشـــد، فقط سعی کنید موضع را به‌جای پاک کردن خشک کنید. شاید متوجه شوید اســـتفاده از دستمال‌های مرطوب نوزاد واقعاً مؤثر باشد، زیرا می‌تواند به‌راحتی موضع را تمیز کرده، تکه‌تکه نمی‌شود و بر روی بافت‌های در حال ترمیم نرم است.
- ✓ هیچ‌چیزی در مهبل خود قرار ندهید (مانند تامپون) و از دوش‌های مهبلی تا شش هفته‌ی اول استفاده نکنید.

هر از گاهی با درآوردن کفش‌های خود و دراز کشیدن به مدتی کوتاه، نیروی جاذبه را از روی پرینه‌ی خود بردارید که حائز اهمیت است. از آنجا که به‌شدت مشغول مراقبت از نوزاد جدید خود هستید، یافتن زمانی برای این کار مشکل است، ولی این کار را در اولویت قرار بدهید. و امیدوار باشید ـ معمولاً در ظرف یک هفته و به‌طور حتم ظرف دو هفته، اکثر ناراحتی شما از بین می‌رود.

در صورتی که به‌شدت ناراحت باشید، شاید مایل باشید از پزشک خود بخواهید برایتان مسکن‌هایی تجویز کند. اگر متوجه شدید موضع پرینه‌تان قرمز یا بنفش یا ملتهب شده است، اگر دچار تب یا متوجه ترشح بدبویی شدید، به پزشک خود اطلاع بدهید.

در صورتی که دچار پارگی‌های شدید تا نزدیکی مقعد خود شدید، شاید مایل به مصرف ملین (مانند کولیس)، نه مسهل باشید، تا حرکت مدفوع زیاد دردناک نباشد.حداقل مطمئن باشید که به مقدار زیاد مایعات و مواد فیبردار بیشتری در رژیم غذایی خود مصرف می‌کنید. هنگامی که انتظار اجابت مزاج دارید، شاید قبل از آن مایل به مصرف یک مسکن مانند استامینوفن (تایلنول) باشید. شاید، از برخی دیگر از داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی مانند ایبوپروفن (ماترین یا ادویل) استفاده کنید.

باقی ماندن ورم

بلافاصله بعد از زایمان، مخصوصاً بعد از زایمان طبیعی، ممکن است متوجه شوید تمام بدنتان ورم کرده است. وحشت نکنید ـ این مسئله عادی است. بسیاری از خانم‌ها از چند هفته‌ی آخر بارداری خود ورم می‌کنند، این ورم اغلب تا چند روز بعد از زایمان باقی می‌ماند. تلاش‌هایی که برای فشار آوردن شدید برای به دنیا آوردن بچه لازم است، ممکن است بعداً موجب ورم صورت و گردنتان شود، ولی این نیز چند روز بعد از زایمان از بین می‌رود. به‌طور کلی، دو هفته طول می‌کشد ورم کاملاً از بین برود.

روز بعد از زایمان خود روی ترازو نایستید. در واقع ممکن است به‌خاطر تمام آبی که در طول زایمان در خود نگه داشته‌اید، متوجه اضافه‌وزن شوید.

بسیاری از بیماران می‌پرسند، «آیا چیزی مثل یک داروی مدر یا چیز دیگری هست که به من بدهید تا به از بین بردن ورم کمک کند؟» معمولاً تجویز دارو ضرورتی ندارد، زیرا ورم ظرف چند روز، خود به خود از بین می‌رود. فقط صبور باشید. دوباره صاحب مچ پا خواهید شد.

کنار آمدن با مثانه

هنگامی که باردار بودید، احتمالاً احساس می‌کردید تنها کاری که کرده‌اید، ادرار بوده است. درست است؟ حالا بعد از زایمان، در واقع شاید متوجه بشوید ادرار بلافاصله بعد از زایمان کاری مشکل شده، یا شاید هنگام ادرار احساس ناراحتی داشته باشید. این ناراحتی در نتیجه‌ی فشردگی مثانه و مجرای ادرار در زمانی است که سر و بدن بچه از طریق مهبل خارج شده است. بافت‌های اطراف مدخل مجرای ادرار، اغلب بعد از زایمان متورم شده، و این تورم می‌تواند میزان ناراحتی را افزایش دهد.

برخـــی از خانم‌ها بعـــد از زایمان برای خالـــی کردن مثانه به ســـوند (یک لوله‌ی پلاستیکی نازک که از طریق مجرای ادرار داخل مثانه گذاشته می‌شود) نیاز پیدا می‌کنند. گاهی مشکل در خانم‌هایی که اپیدورال انجام داده‌اند تشدید می‌شود، زیرا بی‌حســـی می‌تواند تا چند ساعت در بدن شما باقی بماند و به‌طور موقت تخلیه‌ی مثانه را با مشکل روبه‌رو کند. ولی مثانه‌ی شما چند ساعت بعد از زایمان، انعطاف طبیعی خود را به‌دست می‌آورد، بنابراین ناراحتی ناشی از ادرار کردن معمولاً یک مشکل کوتاه‌مدت است.



در صورتی که هنگام ادرار احساس سوزش داشته باشید، به دکتر یا پرستار خود اطلاع دهید، زیرا ممکن است دلیلی بر بروز عفونت در مجرای ادراری باشد.

برخی از خانم‌ها با مشکلی مغایر مواجه می‌شوند: متوجه می‌شوند کنترل مناسبی بر عملکرد مثانه‌ی خود ندارند؛ به‌طوری که وقتی می‌ایستند یا می‌خندند، چند قطره ادرار می‌کنند، یا اینکه باید به‌سرعت خود را به دستشویی برسانند. در صورت بروز این بی‌اختیاری، زیاد نگران نشوید، زیرا زمان معمولاً مشکل را حل می‌کند. در بعضی موارد، چند هفته طول می‌کشد اوضاع تحت کنترل قرار گیرد.



نرمش‌هـــای کگل (بـــه «انجام نرمش‌های کگل» که بعداً در این فصل آمده اســـت، رجوع کنید) در صورت تداوم مشکل می‌تواند مؤثر باشد. راهکار مناسب دیگر، رفتن به دستشـــویی در فواصل منظم برای تخلیه‌ی مثانه قبل از آن اســـت که به‌صورت اضطراری درآید!

مبارزه با ناراحتی‌های بواسیر

اکثر فشارهایی که در طول زایمان وارد می‌کنید، به سمت مقعد متمرکز است؛ عاملی که در بســـیاری از خانم‌ها به بروز بواســـیر منجر می‌شـــود ـ باز شدن رگ‌هایی که

از مقعد بیرون می‌زند. متأســفانه، نداشتن مشکل بواسیر قبل از زایمان تضمینی بر عدم بروز آن بعد از زایمان نیست. اگر در اواخر دوران بارداری دچار بواسیر بشوید، شاید بعد از زایمان شدیدتر شود. به‌طور همزمان، بواسیر می‌تواند ناراحت‌کننده‌تر از اپیزیوتومی باشد، و به مدت طولانی‌تری باقی می‌ماند. برای آشنا شدن با توصیه‌هایی در مورد کنار آمدن با بواسیر، به فصل ۷ برگردید.



خبر خوش آن اســت که این مشکل معمولاً موقتی است. بواسیرهای بعد از زایمان اساســاً ظرف چند هفته از بین می‌رود. گاهــی اوقات کاملاً از بین نمی‌رود، ولی در اکثر موارد ناراحت‌کننده نیست. شاید چند ماهی شما را به دردسر نیندازد و سپس چند روزی مجدداً موجب ناراحتی‌تان شود، و بعد مجدداً بهتر شود.

مصــرف یک ملین (مانندکولیس) را ــ همان‌طور که قبلاً اشــاره کردیم ــ در نظر داشته باشید و مطمئن باشید به مقدار زیادی مایعات و مواد فیبردار مصرف کنید. بدین طریق، اجابت مزاج زیاد آسیبی نمی‌رساند و نیازی به فشار آوردن زیاد نخواهید داشت (که باعث تشدید بواسیر می‌شود). به احتمال زیاد بواسیر شما ظرف یک هفته یا دو هفته از بین می‌رود.

آگاهی نسبت به عملکرد روده بعد از زایمان

بســیاری از خانم‌ها متوجه می‌شــوند تا چند روز بعد از زایمان اجابت مزاج صورت نمی‌گیرد. این فقدان در عملکرد روده ممکن است به این خاطر باشد که چیز زیادی نخورده‌اید، یا به‌دلیل انجام اپیدورال یا سایر مسکن‌ها باشد که گاهی حرکت روده‌ها را کند می‌کند. چند روزی طول می‌کشد بدن شما به حالت عادی برگردد.



بســیاری از خانم‌ها به‌دلیل آنکه نمی‌خواهند بخیه‌های ترمیم اپیزیوتومی آن‌ها پاره شود، از اجابت مزاج واهمه دارند، بنابراین در نهایت از اجابت مزاج خودداری می‌کنند. ولی خودداری از اجابت مزاج فکر درســتی نیست. هیچ دلیلی برای ترس از پارگی بخیه‌ها وجود ندارد. اپیزیوتومی شــما با بخیه‌های محکم در چند لایه ترمیم شــده است. پاره شدن بخیه‌ها بسیار مشکل است، مخصوصاً با اجابت مزاج.

در اینجا روش‌هایی برای راحت‌تر شدن اجابت مزاج آورده شده است:

- ✓ تا آنجا که می‌توانید در بخش بعد از زایمان راه بروید. راه رفتن جریان خون را در روده‌هــا بهبود می‌بخشــد و می‌تواند در از بین بــردن آثار باقیمانده از اپیدورال کمک کند.
- ✓ سعی کنید از ملین‌هایی مانند کولیس مصرف کنید.
- ✓ سعی کنید زیاد به این مسئله فکر نکنید. کارها به‌موقع انجام می‌شود.

نکته

در صورتی که بواسیر یا پارگی‌ای دارید که به پشت موضع مقعد می‌رسد (به فصل ۱۰ رجوع کنید)، اجابت مزاج ممکن است دردناک باشد. می‌توانید با استفاده از کرم بی‌حسی موضعی و با مصرف ملین این ناراحتی را کاهش دهید. همچنین، ممکن است کمی قبل از زمانی که انتظار اجابت مزاج می‌رود، مایل به مصرف یک مسکن باشید.

ادامه‌ی بهبودی در منزل

تا زمانی که بعد از زایمان طبیعی از بیمارستان مرخص شوید، بیشتر درد شدید از بین رفته است. اما پس از آنکه به خانه می‌روید، هنوز می‌توانید انتظار مقداری ناراحتی داشته باشید. اصلی‌ترین موضع ناراحتی در اطراف پرینه‌ی شماست. مهم نیست زایمان شما تا چه حد آسان بوده، این قسمت از بدن شما متحمل مقداری زخم جدی شده است، ولی برای بهبودی فقط به زمان نیاز دارد.

سعی کنید اجازه ندهید ناراحتی مداوم به دلیل زایمان اخیر، شما را مأیوس و دلمرده کند. به‌خاطر داشته باشید که بدنتان دستخوش چه معجزه‌ی حیرت‌آوری شده است. به‌علاوه برای کنار آمدن با ناراحتی ناشی از زایمان، لازم است با نوع جدیدی از زندگی سازگار شوید ـ در هر ساعتی از شب بیدار شوید، کهنه‌ی بچه را عوض کنید و به نوزاد خود شیر دهید.

بهبودی بعد از زایمان سزارین

همان‌طور که قبلاً اشاره کردیم، اقامت در بیمارستان بعد از زایمان سزارین، به‌طور کلی چند روز بیشتر از زایمان طبیعی است ـ معمولاً سه یا چهار روز در کل. اگر سزارین شده‌اید، شما را فوراً بر روی یک برانکار می‌گذارند و به اتاق ریکاوری منتقل می‌کنند. ممکن است در حین این جابه‌جایی قادر به در آغوش گرفتن نوزاد خود باشید.

رفتن به اتاق ریکاوری

هنگامی که در اتاق ریکاوری هستید، پرستار و متخصص بیهوشی‌تان علایم حیاتی شما را کنترل می‌کنند. پرستار به‌طور متناوب شکم شما را برای اطمینان از سفت شدن رحم و خشک بودن پانسمان روی برش کنترل می‌کند. پرستار شما همچنین علایم خونریزی شدید را از رحم کنترل می‌کند. حتماً یک سوند در مثانه‌ی خود دارید که

برای شـب اول آنجا می‌ماند. بنابراین نباید برای بلند شدن و رفتن به دستشویی نگران باشـید. همچنین یک سـرم برای دریافت مایعات و داروهایی که پزشـک تجویـز می‌کنـد، در دسـت دارید. در صورتی کـه اپیدورال یا بی‌حسـی نخاعی انجام داده باشـید، ممکن اسـت پاهایتان هنوز کمی بی‌حس یا سـنگین باشـد. این احسـاس بعد از چند سـاعت از بین می‌رود. در صورتی که بیهوشـی عمومی داشتید (یعنی به این معنا که «به خواب رفته بودید»)، ممکن است زمانی که به اتاق ریکاوری می‌روید، کمی احسـاس گیجی داشته باشید. درست مانند زایمان طبیعی، ممکن اسـت با نوعی لرز مواجه شـوید (به فصـل ۱۰ رجوع کنید). اگر می‌توانید و دوست دارید، می‌توانید در حالی که در اتاق ریکاوری هستید، به نوزاد خود شیر بدهید.

در اتاق عمل حتماً داروی مسکن دریافت می‌کنید، و تا زمانی که در اتاق ریکاوری هستید، داروی بیشتری نیاز ندارید. در برخی از بیمارستان‌ها، در صورتی که اپیدورال یا بی‌حسـی نخاعی انجام داده باشید، متخصص بی‌حسی‌تان یک داروی درازمدت در داخل سـوند تزریق می‌کند که شـما را تقریباً برای ۲۴ سـاعت بدون درد نگه می‌دارد. به هرحال، در صورتی که داروی مسـکن شما مؤثر نباشد، حتماً به پرستار خود اطلاع دهید.

قدم به قدم در هر نوبت

هنگامی که پرستار و متخصص بیهوشی از ثبات علایم حیاتی شما اطمینان یافتند، و از بی‌حسـی به حالت عادی برگشتید، از اتاق ریکاوری مرخص می‌شوید ـ به‌طور کلی یک تا سه ساعت بعد از زایمان. با یک برانکار به اتاقی در بخش منتقل می‌شوید، جایی که مابقی دوره‌ی بهبودی را در آن می‌گذرانید.

روز زایمان

در روز سـزارین، باید فقط برای ماندن در تختخواب برنامه‌ریزی کنید. باید به‌خاطر داشتن سوند شاکر باشید، زیرا برای بلند شدن و رفتن به دستشویی نگرانی ندارید. اگر جراحی خود را صبح زود انجام داده باشید، شاید دوست داشته باشید بعداً هنگام غروب از جای خود بلند شوید، حتی اگر فقط در حد نشستن بر روی صندلی باشد. فقط حتماً از پرستار خود سؤال کنید تا ببینید بلند شدن مانعی دارد یا نه. هنگامی که برای اولین بار از جای خود بلند می‌شـوید، مطمئن باشید کسی برای کمک به شما در آنجا حضور داشته باشد.

اگرچــه هنوز برخی از دکترهــا ترجیح می‌دهند بیماران بلافاصله بعد از ســزارین هیچ نوع غذایی نخورند، بسیاری از دکترها در حال حاضر کمی بعد از جراحی اجازه‌ی خوردن و آشــامیدن به خانم‌ها می‌دهنــد. اغلب درمی‌یابیم بیمار برای آنچه باید یا نباید انجام دهد، بهترین قاضی است. اگر احساس دل‌آشوبه و تهوع دارید، بهتر است چیزی نخورید. ولی اگر احساس گرسنگی می‌کنید، نوشیدن مایعات و خوردن مقدار کمی غذای جامد احتمالاً خوب است.

مانند خانم‌هایی که زایمان طبیعی داشته‌اند، انتظار مقداری خونریزی مهبلی (نفاس) را بعد از ســزارین داشته باشید. خونریزی ممکن است در طول چند روز اول بعد از جراحی، کاملاً شدید باشد (به بخش «آگاهی نسبت به خونریزی بعد از زایمان» که قبلاً در این فصل آمد، رجوع کنید).



اکثر خانم‌هایی که زایمان سزارین انجام داده‌اند و بر روی پوست خود بخیه‌هایی دارند، نگران اذیت شدن از کشیدن بخیه‌ها هستند. ولی نگران نباشید. کشیدن بخیه‌ها یک روش سریع و بدون درد است.

روز بعد

در اولین روز بعد از جراحی، دکتر شــما را تشــویق به برخاستن از تخت و شروع به راه رفتن در اطراف می‌کند. چند دفعه‌ی اولی که بلند می‌شوید تا راه بروید، ممکن است کاملاً ناراحت‌کننده باشد ــ شاید در اطراف برش روی شکم خود احساس درد کنید ــ بنابراین ممکن اســت ۲۰ دقیقه یا کمی قبل از بلند شدن، تقاضای مقدار بیشتری داروی مسکن بکنید.



بــرای اطمینــان از نیفتادن، حتماً بــرای دفعات اول از حضور کســی در کنار خود مطمئن شوید.

دکتر شما بنا بر نیازتان به مایعات، ممکن است سرم شما را نیز قطع کند. در اکثر مواقع، در روز اول قادر به نوشیدن مایعات هستید.

بــه احتمال زیاد، یک پانســمان بر روی برش شــکم شــما قــرار دارد. گاهی این پانســمان در روز اول برداشته می‌شــود، ولی دکترها گاهی ترجیح می‌دهند برای مدت بیشتری بماند.

بسیاری از خانم‌ها در مورد «هم اتاقی» سؤال می‌کنند؛ یعنی گذاشتن نوزاد در اتاق مادر بعد از زایمان سزارین، مخصوصاً بعد از یک روز که کمی بهبودی یافته‌اند. نگه داشتن نوزاد در اتاق خود اگر احساس آمادگی می‌کنید، کار بسیار خوبی است. ولی

به هیچ عنوان احساس نکنید مجبور به این کارید. به‌خاطر داشته باشید به تازگی جراحی شکم داشته‌اید، و از لحاظ جسمانی به رسیدگی به تمام نیازهای نوزاد در طی روزهای اول بعد از زایمان قادر نیستید. پرستاران بیمارستان برای کمک حضور دارند، بنابراین در طول این مدت انرژی خود را صرف بهبودی خود کنید. بدین ترتیب بعد از آنکه به خانه رفتید، بسیار بهتر به مراقبت از نوزاد خود قادر خواهید بود.

آگاهی نسبت به درد بعد از سزارین

شاید در محل برش پوست شکم، دردی سوزش‌مانند احساس کنید. این درد هنگامی که از تخت بلند می‌شوید یا وضعیت خود را تغییر می‌دهید، شدیدتر می‌شود. سرانجام، سوزش به نوعی احساس گزگز کاهش می‌یابد و ظرف یک یا دو هفته بعد از جراحی بهبود می‌یابد.

همچنین ممکن است از انقباضات رحمی بعد از زایمان، احساس درد کنید ـ درست مانند خانم‌هایی که زایمان طبیعی انجام می‌دهند. دکتر شما به احتمال زیاد چند ساعت بعد از جراحی، برای تحریک انقباضات و به حداقل رساندن خونریزی، به شما اکسی‌توسین (پیتوسین) تزریق می‌کند. درد ناشی از انقباضات در روز دوم کاهش می‌یابد، گرچه ممکن است هنگام شیردهی عود کند، زیرا شیر دادن می‌تواند موجب بروز انقباضات بیشتری شود.

شاید در بافت‌های عمیق زیر پوست خود احساس درد کنید. سزارین تنها یک برش از سطح شکم خانم‌ها نیست. پزشک برای دستیابی به رحم باید چندین لایه‌ی بافت را برش بدهد. سپس هر لایه باید ترمیم شود. هریک از برش‌های ترمیم‌شده می‌تواند ایجاد درد کند، که به همین دلیل ممکن است در عمق شکم خود بعد از سزارین احساس درد داشته باشید. معمولاً یک تا دو هفته طول می‌کشد درد از بین برود. بسیاری از خانم‌ها به ما می‌گویند در یک سمت نسبت به سمت دیگر، درد بیشتری دارند، احتمالاً به دلیل اینکه در یک سمت بخیه‌ها کمی محکم‌تر دوخته شده است. به هر دلیلی که باشد، دردهای متغیر بسیار شایع است و جایی برای نگرانی نیست.

بسیاری از خانم‌ها می‌گویند در نهایت بدترین درد، درد ناشی از گاز است. بعد از زایمان سزارین مقدار زیادی گاز در روده‌ها جمع می‌شود، که بخشی از آن به خاطر دستکاری شدن روده‌ها در طول جراحی و بخشی نیز در نتیجه‌ی داروهاست ـ داروهای بی‌حسی‌ای که در طول جراحی استفاده می‌شود و مسکن‌هایی که بعد از آن داده می‌شود. دردهای ناشی از نفخ اساساً در روز دوم یا سوم بعد از

زایمان شـــروع می‌شود و هنگامی که گاز را دفع می‌کنید، بهبود می‌یابد. تا جایی که می‌توانید بلند شده و راه بروید، زیرا با این کار حرکت مجرای معدی ــ روده‌ای مجدداً شروع می‌شود.

در صورتی که بعد از چند ساعت مرحله‌ی درد، سزارین شده باشید، ممکن است ــ به‌خاطر فشـــار وارد کردن و معاینات داخلی متعدد ــ علاوه بر چیزهای دیگر، درد پرینه‌ای نیز داشته باشید. این درد به‌زودی بعد از زایمان از بین می‌رود.

کنار آمدن با درد بعد از جراحی

مقدار درد یا ناراحتی‌ای که بعد از زایمان سزارین با آن مواجه می‌شوید، در هر خانمی، بنا بر شرایط زایمان و تحمل او نسبت به درد متفاوت است. پزشک می‌تواند داروی مسکن تجویز کند، ولی احتمالاً مشخص می‌کند تا زمانی که تقاضا نکرده‌اید، به شما داده نشود. (گاهی این سیاست بیمارستانی است.) بنابراین اگر مسکن می‌خواهید ــ قبل از آنکه درد طاقت‌فرسا شود ــ تقاضا کنید. زمانی که در نظر دارید از تخت بلند شـــوید یا فقط پیش از زمانی که موعد مقدار داروی بعدی فرا برسد (معمولاً بعد از سه یا چهارساعت)، تقاضای مسکن کنید، بنابراین می‌توانید به پرستار خود فرصت کافی برای ارائه‌ی آن بدهید.

برخی از بیمارستان‌ها از یک پمپ کنترل بی‌حسی بیمار (PCA) استفاده می‌کنند که به سرم شما وصل می‌شود. هنگامی که احساس می‌کنید دردتان در حال افزایش است، فقط لازم است دگمه‌ی روی پمپ را فشار دهید تا مقدار کمی از داروی مسکن وارد ســـرم شـــما شود. از آنجا که دارو را از طریق ورید دریافت می‌کنید، تأثیر آن را ســـریع‌تر احســـاس می‌کنید، و با استفاده از دارو تنها در زمانی که به آن نیاز دارید، اغلب می‌توانید در کل داروی کمتری دریافت کنید. به هرحال، در مورد مصرف بیش از حد دارو نگران نباشید، زیرا پمپ تنظیمات خاصی برای پیشگیری از دریافت بیش از حد دارو دارد.

آماده شدن برای رفتن به خانه

بعد از جراحی، متوجه می‌شوید هر روز در حد قابل ملاحظه‌ای راحت‌تر و آسان‌تر از روز پیش اســـت. بعد از ســـه روز، به‌تدریج متوجه می‌شـــوید برخاستن از تخت و راه رفتن آســـان‌تر شـــده است. مجدداً به‌طور عادی شـــروع به خوردن می‌کنید. همچنین قادر به دوش گرفتن خواهید شد ـ بسیاری از خانم‌ها متوجه می‌شوند اولین حمام به‌راســـتی آرامشی فوق‌العاده دارد. ولی لطفاً به‌خاطر داشته باشید که

نه تنها یک جراحی مهم را پشت سر گذاشته‌اید، بلکه نه ماه دوران بارداری را نیز پشت سر گذاشته‌اید! و باید از هر دو مورد بهبود یابید. در واقع بسیاری از خانم‌ها به‌سرعت بهبود می‌یابند و احساس می‌کنند فقط بعد از چند روز به خانه برمی‌گردند. ولی بسیاری از خانم‌ها برای احساس قدرت کافی برای ترک بیمارستان، به زمان بیشتری نیاز دارند.

طول مدت اقامت شما ممکن است با برنامه‌ی بیمه‌تان و قوانین وضع‌شده برای هر ایالت تعیین شود. گاهی، عفونت بعد از عمل یا عوارض دیگر ضرورت بستری شدن را به مدت بیشتری در بیمارستان ایجاب می‌کند. ولی به‌طور کلی، تقریباً بعد از سه روز آماده‌ی رفتن به منزل می‌شوید.

در اینجا نکاتی برای آمادگی رفتن به خانه ذکر شده است:

- ✓ بدون هیچ مشکلی غذا و مایعات را تحمل کنید
- ✓ به‌صورت عادی و بدون مشکل ادرار کنید
- ✓ اجابت مزاجتان در حال بهبودی برای عملکرد عادی باشد
- ✓ علایمی از عفونت نداشته باشید

ادامه‌ی بهبودی در خانه

هنگامی که پس از زایمان سزارین از بیمارستان مرخص شدید، در مسیر بهبودی قرار گرفته‌اید. هرچند سر پا شدن بعد از زایمان سزارین به زمان بیشتری نسبت به زایمان طبیعی نیاز دارد، بنابراین برای یک یا دو هفته‌ی اول بعد از بازگشت به خانه، کارها را آسان بگیرید.

از خودتان حسابی مراقبت کنید

از خانواده و دوستان کمک بگیرید؛ در صورت امکان، اگر استطاعت دارید، برای هفته‌های اول، یک فرد متخصص ــ پرستار بچه ــ برای کمک استخدام کنید. (پرستار بچه برای خانم‌هایی که زایمان طبیعی کرده‌اند نیز می‌تواند کاملاً مؤثر باشد). سعی کنید انجام کارهای خانه را به حداقل برسانید. از بالا و پایین رفتن از پله‌ها به مقدار زیاد خودداری کنید. انرژی خود را صرف نگه‌داری از نوزاد جدید و مراقبت از خودتان بکنید. توجه کنید، بدنتان آشکارا شما را از میزان فعالیتی که از عهده‌اش برمی‌آیید، مطلع خواهد کرد.

برخی از دکترها توصیه می‌کنند برای یک یا دو هفته‌ی اول رانندگی نکنید. این محدودیت به‌خاطر بی‌حسی‌ای نیست که ممکن است انجام داده باشید ـ بی‌حسی در واقع بیشتر از یک یا دو روز بعد از زایمان، واکنش‌هایتان را تحت‌تأثیر قرار نمی‌دهد. مسئله تنها این است که پس‌مانده‌ی دردی که شاید بعد از زایمان با آن مواجه شوید، ممکن است در صورت نیاز به توقف ناگهانی، حرکت سریع پا را از روی پدال گاز بر روی ترمز مشکل کند. هنگامی که دردتان کاملاً از بین رفت، می‌توانید با اطمینان شروع به رانندگی کنید.

همچنین اکثر دکترها توصیه می‌کنند تا موعد معاینه در شش هفته‌ی بعد، نرمش‌های شکمی انجام ندهید تا برش‌های تمام لایه‌های شکمتان فرصت کافی برای ترمیم کامل داشته باشد.

اکثر خانم‌ها بعد از شش هفته احساس می‌کنند تا حد زیادی به حالت عادی برگشته‌اند. ولی عده‌ای دیگر برای بهبودی کامل تا سه ماه به زمان نیاز دارند.

از زمانی که از بیمارستان به خانه برمی‌گردید، باید به‌صورت عادی قادر به خوردن باشید. با این حال، در صورتی که خون زیادی در طول جراحی از دست داده باشید، ممکن است مایل باشید از دکتر خود در مورد ضرورت مصرف داروهای مکمل آهن سؤال کنید.

توجه به تغییراتی در جای زخم

جای زخم ناشی از سزارین، ابتدا به نظر قرمز یا صورتی‌رنگ می‌آید. با گذشت زمان، ممکن است رنگ آن با هاله‌ی تیره‌تری از بنفش یا قهوه‌ای، برحسب میزان رنگ پوست‌تان تغییر کند. پس از گذشت یک‌سال، جای زخم محو خواهد شد و در نهایت، به رنگ بسیار محو پریده درمی‌آید. اگر پوستی تیره دارید، ممکن است قهوه‌ای شود. در اکثر مواقع، جای زخم سزارین مانند یک خط نازک مداد یا حتی نازک‌تر از آن است. جای زخم سزارین بلافاصله بعد از عمل، هنگامی که بخیه‌ها هنوز در موضع وجود دارد، قابل رؤیت است، ولی بعد از آنکه بخیه‌ها کشیده می‌شود و با گذشت چند هفته برای ترمیم، می‌بینید جای زخم آنقدر محو شده که کمتر دیده می‌شود.

عوامل متعددی می‌تواند بر فرایند ترمیم اثر بگذارد و در نتیجه سرانجام شکلی را مشخص کند که جای زخم به نظر می‌رسد. برخی از خانم‌ها به‌طور عادی مستعد نوعی جای زخم کلفت هستند که به آن کلوئید گفته می‌شود. در چنین مواردی، دکترها در واقع نمی‌توانند کار چندانی برای تغییر این وضعیت انجام دهند.



ممکن اســت متوجه شوید اطراف موضع بریده‌شده بی‌حس است. این بی‌حسی به این دلیل اســت که دکتر شــما برای ایجاد برش، برخی از اعصابی که احساس را به این موضع انتقال می‌دهد، قطع می‌کند. به هرحال، اعصاب مجدداً رشــد می‌کند و پس از مدتی بی‌حسی به احساس گزگز خفیفی مبدل شده و سپس به حالت عادی برمی‌گردد.

برخی از خانم‌ها متوجه ترشــح مایع آمیخته به خونی از وســط یا کنار برش خود می‌شــوند. این تراوش گاهی وقتی خون و مایعات دیگر در زیر برش جمع می‌شود، اتفاق می‌افتد و سپس خارج می‌شود. در صورتی که فقط مقدار کمی خارج و سپس متوقف شد، مشکلی وجود ندارد.



در صورتی که متوجه ترشح مداوم خون‌آلود یا زردرنگ از محل برش خود شدید، به دکتر خود اطلاع دهید. گاهی ممکن است برش در نقطه‌ای که تراوش می‌کند، باز شده باشد. در این صورت، دکتر شما مایل است برای تمیز نگاه داشتن محل بازشده، دستورات خاصی را انجام داده تا به خودی خود ترمیم شود.

شناخت عللی برای نگرانی

اکثر خانم‌هایی که سزارین انجام داده‌اند، بدون هیچ مشکلی بهبود می‌یابند. در بعضی موارد، به هرحال، ممکن است به‌سرعت و به‌راحتی سلامتی خود را به‌دست نیاورید. در صورت مشاهده‌ی هریک از موارد زیر، با دکتر خود تماس بگیرید:

- ✓ در صورتی که درد جای برش یا شکم شما به‌جای کاهش افزایش یابد
- ✓ در صورتی که مقدار زیادی خون یا خونابه از محل برش تراوش کند
- ✓ در صورتی که بیشتر از ۳۸ درجه‌ی سانتی‌گراد تب داشته باشید
- ✓ در صورتی که محل برشتان باز شود

کارها تمام نشده است: تغییرات بیشتر بعد از زایمان

بســیاری از جنبه‌های زندگی بعد از زایمان، چه طبیعی باشد چه سزارین، یکسان است. حالا که دیگر باردار نیستید، بدنتان شروع به بازگشت به وضعیت قبل از بارداری می‌کند و دستخوش تغییرات زیادی می‌شوید.

عرق کردن مانند... یک تازه‌مادر



اگر علی‌رغم داشتن یک نوزاد جدید در خانه، برنامه‌ای تنظیم کنید که در هر ساعتی از شب بخوابید، ممکن است متوجه شوید خیس از عرق بیدار می‌شوید. حتی در طول

روز نیز، ممکن است متوجه بشوید که در حد قابل ملاحظه‌ای بیش از حد معمول عرق می‌کنید. این عرق کردن بسیار شایع است و به نظر می‌رسد به‌دلیل تغییرات سطح هورمون‌هایی است که در بدن شما برای بازگشت به وضعیت غیرباردار ی صورت می‌گیرد و بسیار شبیه به عرق کردن‌های شبانه و گرگرفتگی‌های دوران یائسگی، به‌خاطر افت میزان استروژنی است که خانم‌ها با آن مواجه می‌شوند. تا زمانی که عرق کردن با تب مربوط نباشد، مشکلی وجود ندارد. ظرف یک ماه آتی یا در همین حدود از بین می‌رود.

کنار آمدن با پر شدن سینه‌ها

سینه‌های یک خانم به‌طور کلی سه تا پنج روز بعد از به‌دنیا آمدن نوزاد، از شیر پر می‌شود. شاید از میزان بزرگی سینه‌های خود متحیر شوید! اگر خودتان شیر می‌دهید، نوزادتان با مکیدن سینه این مشکل را برای شما کاهش می‌دهد و یاد می‌گیرد چگونه شیر بیشتری بخورد، و یک الگوی غذایی را تثبیت می‌کند. (برای اطلاعات بیشتر در مورد تغذیه با شیر مادر، به فصل ۱۳ رجوع کنید.)

نکته

در صورتی که خودتان شیر ندهید، متوجه می‌شوید سینه‌هایتان برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت پر می‌ماند (که می‌تواند کاملاً دردناک باشد)، و سپس احساس بهتری پیدا می‌کنید. پوشیدن سوتین‌های سفت می‌تواند این فرایند را کمی راحت‌تر کند. کیسه‌های یخ یا بسته‌های نخودسبز یخ‌زده بر روی سینه‌های خود بگذارید و دوش آب سرد بگیرید تا به «خشک شدن شیر» کمک کند. دمای سرد موجب منقبض شدن رگ‌های خونی در سینه‌ها، و کاهش تولید شیر می‌شود، در حالی که گرما باعث باز شدن رگ‌های خونی و تقویت تولید شیر می‌شود. (دکترها دیگر دارویی برای کمک به خشک شدن شیر خانم‌ها تجویز نمی‌کنند، زیرا دارویی که زمانی از آن استفاده می‌شد، با برخی عوارض شدید مرتبط بوده است.)

آگاهی نسبت به ریزش مو

یکی از جنبه‌های عجیب‌تر بعد از زایمان که به حالت عادی برمی‌گردد، ریزش موست. اکثر خانم‌ها چند هفته یا چند ماه بعد از زایمان، متوجه می‌شوند موی سرشان به‌شدت می‌ریزد. این یکی از تأثیراتی است که استروژن در طول دوران بارداری بر روی بدن شما داشته است. این مشکل شایع زیاد باقی نمی‌ماند. معمولاً موهایتان تا نه ماه بعد از زایمان، به حالت عادی برمی‌گردد.

تمام فولیکول‌های مو دارای سه مرحله‌ی رشد است: مرحله‌ی توقف، مرحله‌ی بینابینی، و مرحله‌ی ریزش. سطوح بالای استروژن که در دوران بارداری موجود است، در اصل موی شما را در مرحله‌ی توقف ثابت نگه می‌دارد. ظرف چند ماه بعد از زایمان، موها مرحله‌ی ریزش را شـــروع می‌کند. ناگهان، متوجه مقدار زیادی مو می‌شـــوید که به برس‌تان چسبیده یا در حمام پایین می‌ریزد.

دور کردن افسردگی از خود

مطالعات نشان می‌دهد گروه کثیری از خانم‌ها ــ در حدود ۸۰ درصد از آن‌ها ــ طی روزها و هفته‌های اول بعد از زایمان، از افسردگی‌هایی رنج می‌برند.

اساســاً، چند روز بعد از زایمان، کمی احساس تکدرخاطر می‌کنید و ممکن است احســاس غمی نامشــخص، تردید ناامیدی، و نارضایتی احساسی برای چند هفته ادامه یابد. بســیاری از خانم‌ها نسبت به این احساس متعجب می‌شوند؛ در نهایت، وظایف مادری را پیش روی خود قرار می‌دهند و مطمئن می‌شــوند در واقع از آن وحشت دارند.

هیچ‌کس به‌طور قطع نمی‌داند چرا خانم‌ها بعد از زایمان دچار تکدرخاطر می‌شوند، ولی برخی توضیحات قابل قبول اســت. اول، تغییر در ســطح هورمون‌ها که بعد از زایمــان به‌وجود می‌آید، می‌تواند بر حالــت روحی تأثیر بگذارد. همچنین، هنگامی کــه دوران بارداری خاتمه می‌یابد، مــادر باید تمام توجه خود را تغییر دهد. پس از ماه‌ها توجه به زایمان، ناگهان متوجه می‌شود رویداد بزرگ سر آمده، و ممکن است تقریباً احساس فقدان کند. باید قبول کنیم که وظایف مادری اضطراب فوق‌العاده‌ای به همراه می‌آورد، مخصوصاً برای کسی که برای اولین بار مادر شده است. احساس غرق شدن در تمام مسئولیت‌ها و تمام چیزهایی که برای دانستن در مورد نگه‌داری از نوزاد لازم است، برای یک زن غیرعادی نیست. علاوه بر ناراحتی جسمانی ــ ترمیم اپیزیوتومی، التهاب سینه‌ها، بواسیر، خستگی و مابقی ــ سرگردان می‌شوید که چگونه هر تازه‌مادری می‌تواند از احساس کمی تکدرخاطر اجتناب بورزد.

خوشبختانه، افسردگی بعد از زایمان به‌سرعت از بین می‌رود؛ معمولاً در حدود دو تا چهار هفته بعد از زایمان. به‌خاطر داشته باشید احساستان کاملاً شایع است و به این معنا نیست که به نوزاد خود عشق نمی‌ورزید یا مادری غیرواقعی خواهید شد. احساس خود را بیان کنید: اجازه بدهید همسر، اعضای خانواده و دوستانتان از احساس شما آگاه شوند، زیرا در این زمان شما به حمایت و محبت نیاز دارید.

نکته

اگر متوجه می‌شوید دچار تکدرخاطرید، به‌خاطر داشته باشید شما اولین زنی نیستید که چنین احساسی دارد. این احساس به اندازه‌ی خود دوران بارداری طبیعی است. امیدوار باشید: کسانی که قبلاً با این مشکل دست و پنجه نرم کرده‌اند، راه‌های زیادی برای از بین بردن ناراحتی‌ها پیدا کرده‌اند. فهرست زیر را به‌عنوان برخی از بهترین راهکارها در نظر بگیرید:

- ✓ بی‌خوابی مشکل افسردگی را بیشتر می‌کند. وقتی خسته‌اید، همه چیز بدتر می‌شود. هنگامی که استراحت کرده باشید، میزان استرسی که می‌توانید از عهده‌اش برآیید، بسیار بیشتر از زمانی است که به مقدار کافی نخوابیده‌اید. بنابراین سعی کنید بیشتر بخوابید. اگر بچه در حال خواب نیم‌روزی است، سعی کنید دراز کشیده و یک چرت بخوابید.
- ✓ کمک دیگران را قبول کنید. در اکثر موارد، مجبور نیستید تمام کارهای نگه‌داری از نوزاد را خودتان انجام بدهید. حتی اگر اجازه بدهید عمه سوزی یا مادربزرگ ملبا کهنه‌ی بچه را عوض کنند یا او را برای آروغ زدن نگه دارند، مادر فوق‌العاده‌ای هستید.
- ✓ از احساس خود با مادران دیگر، اعضای نزدیک خانواده و دوستان صحبت کنید. به احتمال زیاد متوجه می‌شوید آن‌ها نیز دقیقاً همان احساسی را داشتند که شما الان دارید. آن‌ها می‌توانند با شما همدردی کرده و پیشنهادهایی برای کنار آمدن با آن بدهند.
- ✓ در صورت امکان، سعی کنید وقتی برای خود اختصاص دهید. اغلب، والدین جدید در این واقعیت غرق می‌شوند که دیگر وقتی برای خود ندارند. اگر می‌توانید از خانه بیرون بروید. پیاده‌روی کنید، مطالعه کنید، یک فیلم ببینید یا کمی نرمش کنید. با همسر یا دوست خود شام بخورید.
- ✓ با یک مانیکور یا پدیکور به خودتان برسید، سری به آرایشگاه بزنید یا ماساژ بگیرید. اغلب افسردگی‌ها با این اصل تشدید می‌شود که بدنتان هنوز به آنچه عادت داشته، برنگشته است. انجام کاری که به شما احساس زیبایی بدهد، می‌تواند مفید باشد.

دکتر را خبر کنید!

اگر ظرف سه یا چهار هفته احساس بهتری پیدا نکردید، به پزشک خود اطلاع دهید. اندوه در برخی از خانم‌ها به افسردگی تمام‌عیار بعد از زایمان تبدیل می‌شود.

تشخیص افسردگی بعد از زایمان

افسردگی بعد از زایمان به هیچ‌وجه به رایجی کسالت‌های روحی نیست، ولی بیش از آنچه تصور کنید، خانم‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بین ۱۰ تا ۱۵ درصد از خانم‌ها

ظرف مدت شش ماه بعد از زایمان، دچار افسردگی می‌شوند. علایم آن شامل موارد زیر است:

- ✓ ناخشنودی شدید
- ✓ عدم توانایی در لذت بردن از نوزاد (یا به‌طور کلی از زندگی)
- ✓ بی‌علاقگی در نگه‌داری از نوزاد
- ✓ بی‌خوابی
- ✓ بی اشتهایی
- ✓ عدم توانایی در عملکرد روزانه
- ✓ اضطراب شدید یا حمله‌های ناشی از ترس
- ✓ افکار آزاررسانی به نوزاد یا خود

گرچه افسردگی‌های خفیف بعد از زایمان معمولاً جزئی و گذراست، افسردگی کامل می‌تواند حاد و دراز مدت باشد. علی‌رغم شدت علایم، افسردگی بعد از زایمان اغلب تشخیص داده نمی‌شود یا مادر مشکل را به چیز دیگری ربط می‌دهد.

هیچ‌کس به درستی نمی‌داند افسردگی بعد از زایمان چرا به‌وجود می‌آید، ولی ویژگی‌های خاصی موجب می‌شود یک زن در معرض خطر بیشتری قرار بگیرد. این عوامل خطرزا عبارت است از:

- ✓ سابقه‌ی افسردگی بعد از زایمان
- ✓ سابقه‌ی افسردگی به‌طور کلی
- ✓ مواجهه با اضطراب قبل از زایمان
- ✓ زندگی پراسترس
- ✓ فقدان نظام حمایتی مناسب
- ✓ نارضایتی از زندگی زناشویی
- ✓ بارداری ناخواسته
- ✓ نارضایتی از مرحله‌ی درد و زایمان



اگر دچار افسردگی بعد از زایمان شده‌اید و پس از سه یا چهار هفته از بین نرفت، اگر این احساس به نظر شدیدتر شد، یا در صورتی که افسردگی بیش از دو ماه بعد از

زایمان وجود داشت، در مورد این وضعیت با دکتر خود صحبت کنید. شاید افسردگی شما به افسردگی کامل و تمام‌عیار بعد از زایمان تبدیل شده باشد.

درمان افسردگی بعد از زایمان، شامل مشاوره (روان‌درمانی فردی یا گروهی)، داروهای ضد افسردگی، و ندرتاً، بستری شدن در بیمارستان است. مطالعات اخیر حاکی از آن اســت که در بعضی موارد، گذاشتن مقدار کمی استروژن در زیر زبان می‌تواند مؤثر باشد. البته، از این درمان فقط تحت نظارت دکتر خود پیروی کنید. دکترتان ممکن اســت از نظر احتمال بیماری تیروئید، بعد از زایمان شما را مورد بررسی قرار دهد، که می‌تواند به صورت افسردگی خود را نشان داده یا موجب تشدید افسردگی شما شود. راجع به تمام این موارد با دکتر خود مشورت کنید.

کنترل بهبودی: اولین معاینه‌ی دکتر بعد از زایمان

اکثر پزشــکان در صورتی که هم دوران بارداری و هم زایمان بدون مشــکل سپری شده باشد، از بیماران خود می‌خواهند برای کنترل وضعیت حدوداً شش هفته بعد از زایمان مراجعه کنند. در صورتی که ســزارین انجام داده یا دچار عوارضی باشید، این مراجعه زودتر انجام می‌شود.

در طول معاینه بعد از زایمان، پزشک شما معاینات کاملی انجام داده (که شامل سینه و مهبل است) و یک تست سرطان (PAP smear) انجام می‌دهد. در اکثر موارد، معاینه‌ی هفته‌ی ششم، برای معاینات سالانه‌ی شما از نظر بیماری‌های زنان و زایمان کفایت می‌کند. پزشک شما همچنین احتمالاً در مورد روش‌های جلوگیری از بارداری با شما صحبت می‌کند. همچنین در مورد «فاصله‌گذاری» برای فرزندان بعدی (به فصل ۱۴ رجوع کنید) و تدابیر دیگری قبل از بارداری مجدد، از جمله مصرف فولیک اســید چند ماه قبل از بارداری صحبت می‌کند و در صورتی که دوران بارداری با مشکلاتی همراه بوده باشد، انجام آزمایش‌های خون مخصوصی را توصیه می‌کند.

بازگشت به زندگی «عادی»

بدن شما برای از بین بردن تغییراتی که در طول دوران بارداری با آن مواجه بودید، اساساً شش تا هشت هفته زمان لازم دارد. بدین معنا که بدنتان بعد از زایمان، برای برگشت به شکل سابق برای انجام فعالیت‌های روزانه، بدون در نظر گرفتن ورزش‌های شدید یا مقاربت، به زمان نیاز دارد.

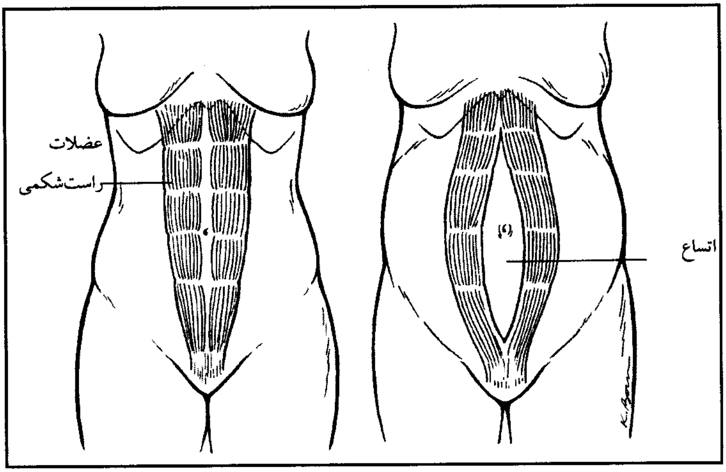
متناسب شدن مجدد اندام

ورزش که یک اولویت بعد از زایمان است، برای هر مادر جدیدی حائز اهمیت است. تناسب اندام مزایای پراهمیتی برای سلامتی جسمانی و عاطفی شما دارد. می‌تواند بدنتان را از استرس ناشی از دوران بارداری بهبود ببخشد، و کمک کند احساس آرامش و بهتری نسبت به خود داشته باشید.

ورزش و تمرینات بدنی خود را به‌تدریج شروع کنید. به‌طور طبیعی، مقدار ورزشی که می‌توانید انجام بدهید، به فرم بدنتان در قبل و طول دوران بارداری بستگی می‌یابد.

بعد از دوران بارداری، برگرداندن قدرت به ماهیچه‌های شکم مخصوصاً از اهمیت زیادی برخوردار است. در برخی از خانم‌ها، بارداری موجب جدا شدن جزئی عضلات شکمی یا راست آن‌ها می‌شود؛ همان‌طور که در شکل ۱-۱۲ نشان داده شده است. عبارت پزشکی مورد استفاده برای این جدایی، دیاستازیس نام دارد. انجام نرمش‌های شکمی برای برگرداندن قدرت و در کنار هم قرار دادن عضلات شکمی، حائز اهمیت است.

بعد از گذشت دو هفته، برحسب احساستان می‌توانید به‌تدریج نرمش‌های خود را افزایش داده تا زمانی که مجددا کاملاً فعال شوید. البته، ممکن است پیدا کردن وقت مشکل باشد. ولی گنجاندن ورزش در برنامه‌ی کارتان از هر کار دیگری باارزش‌تر است. مراقبت از نوزاد ممکن است به شما احساسی بدهد که انگار در دوی ماراتن شرکت کرده‌اید، ولی ورزش واقعی چیزی است که بدنتان به آن نیاز دارد. در حقیقت، با افزایش میل کلی خود برای سلامتی، ورزش می‌تواند تمام چالش‌های مراقبت از نوزاد را بسیار آسان‌تر کند.



شکل ۱-۱۲: بعد از بارداری، ممکن است عضلات شکمی شما کمی از هم جدا شود

نکته

پیـــاده‌روی برای همه تقریباً یک ورزش فوق‌العاده اســـت. آن را در طول دو هفته‌ی اول بعد از زایمان، آهســـته انجام دهید. ولی پس از آن، ممکن اســـت متوجه شوید پیاده‌روی طولانی یا سریع، هم برای شما و هم برای نوزاد، لذت‌بخش و روشی عالی برای ورزش است.

کم کردن وزن

شاید دوست داشته باشید بلافاصله بعد از زایمان، بر روی ترازو بپرید تا ببینید چقدر وزن کم کرده‌اید. ولی مراقب باشـــید. برخی از خانم‌ها بلافاصله بعد از زایمان مقدار زیـــادی وزن کم می‌کنند، ولی عده‌ای دیگـــر در واقع به‌خاطر احتباس مایعات وزن نیز اضافه می‌کنند. مطمئن باشید به‌زودی از وزنی که قبل از زایمان داشته‌اید، کم می‌کنید؛ احتمالاً درحدود ۷/۵ کیلوگرم کم می‌شود، ولی ممکن است تا یک یا دو هفته بعد از زایمان، این کاهش وزن نشان داده نشود.

برای محاسبه‌ی میزان وزنی که در ابتدا کم می‌شود، به جدول ۱-۱۲ رجوع کنید:

جدول ۱- ۱۲	کاهش وزن بعد از زایمان
نوزاد	۳ تا ۴/۵ کیلوگرم
جفت	۰/۵ تا ۱ کیلوگرم
مایع آمنیوتیک	۰/۵ تا ۱ کیلوگرم
مایعات مادری	۲ تا ۴ کیلوگرم
رحم در حال کوچک شدن	۰/۵ کیلوگرم

کوچک شدن رحم شما تا چند هفته ادامه می‌یابد. بلافاصله بعد از زایمان، هنوز تقریباً تا سطح ناف شما بالاست ـ تقریباً در همان جا که ۲۰ هفته باردار بودید. اما به‌دلیل پوست اضافه‌ای که اکنون دارید، احتمالاً هنگامی که می‌ایستید، هنوز باردار به نظر می‌رسید. اجازه ندهید ظاهرتان موجب ناامیدی‌تان شود! رحم شما به انقباض ادامه

می‌دهد و پوستتان بیشترِ انعطاف خود را تقریباً تا دو ماه بعد از زایمان به‌دست می‌آورد و شکمتان به اندازه‌ی قبل از بارداری برمی‌گردد.

اکثر خانم‌ها برای برگشتن به وزن عادی خود، دو تا سه ماه زمان نیاز دارند، ولی، البته، زمان به مقدار وزنی بستگی می‌یابد که در طول دوران بارداری اضافه شده است. اگر ۲۵ کیلوگرم وزن اضافه کرده باشید (و فقط یک بچه داشتید)، انتظار نداشته باشید شش هفته بعد از زایمان در بیکینی باور نکردنی باشید. گاهی یک خانم برای بازگشت تناسب اندام، به یک‌سال کامل زمان نیاز دارد. یک رژیم غذایی سالم و انجام نرمش‌های منظم به کاهش وزن کمک می‌کند.

سعی کنید هرچه سریع‌تر و در حد قابل‌قبولی به وزن قبل از بارداری خود ــ یا وزن ایده‌آل بدن خود (به فصل ۴ رجوع کنید) ــ نزدیک شوید. نباید اجازه بدهید بارداری به یک اضافه‌وزن ثابت تبدیل شود. اگر اجازه بدهید هر بارداری موفقی کمی موجب اضافه‌وزن شود، ممکن است سلامتی شما در درازمدت به خطر بیفتد.

تأمل بر رژیم غذایی بعد از زایمان

هر خانمی که به‌تازگی بچه‌دار شده، لازم است یک‌بار دیگر رژیم غذایی خود را بررسی کند. اگر شیر می‌دهید، باید مانند زمان دوران بارداری از خوردن ترکیبی از غذاهای سالم که مواد غذایی مناسب را برای شما و فرزندتان تأمین می‌کرد و همچنین مصرف مایعات به مقدار کافی، اطمینان یابید. (برای اطلاع بیشتر در مورد نحوه‌ی پیروی از یک رژیم غذایی متعادل و مغذی، به فصل ۴ رجوع کنید).

بهترین روش برای کاهش وزن، شامل ورزش، به انضمام یک رژیم غذایی متعادل کم‌چربی ولی آمیخته با پروتئین، کربوهیدرات، میوه و سبزیجات است. شاید متوجه بشوید برنامه‌ای مانند مراقبین وزن، که سال‌ها تجربه اندوخته و روش متعادل و معقولی برای کاهش وزن فراهم می‌کند، ممکن است انگیزه و حمایت مورد نیاز شما را برای پیگیری رژیم غذایی فراهم کند. مراقبین وزن براساس کاهش سریع اولیه‌ی وزن نیست و برای تغییر روش غذا خوردن شما طراحی شده تا متوجه شوید چگونه به روشی سالم بخورید، و با وجود این وزن کم کنید. می‌توانید به وب سایت آن مراجعه کنید: www.weightwatchers.com. برنامه‌های تجاری دیگری نیز برای رژیم غذایی وجود دارد که ممکن است مایل باشید بررسی کنید.

مصرف ویتامین‌ها

چه شیر بدهید چه ندهید، حداقل شش تا هشت هفته بعد از زایمان خود، مصرف ویتامین‌های دوران بارداری را ادامه دهید. اگر شیر می‌دهید، مصرف ویتامین‌ها را تا زمانی که شیر می‌دهید ادامه دهید. مراقبت از یک نوزاد جدید ممکن است مانع از غذا خوردن کامل شما شود، و تجربه‌ی زایمان ممکن است باعث کم‌خونی‌تان شده باشد. در صورتی که به‌طور خاص مقدار زیادی خون در طول زایمان خود از دست داده باشید، ممکن است پزشـــکتان به منظور کمک به ذخیره‌ی گلبول‌های خون، مکمل‌های آهن تجویز کند. کلسیم نیز برای هر خانمی، مخصوصاً اگر شیر می‌دهد، برای حفظ قدرت استخوان‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است. مکمل کلسیم یا مصرف کلسیم بیشتر در رژیم غذایی فکر خوبی است.

انجام نرمش‌های کگل

نرمش‌های کگل حرکات فشـــاردهنده‌ای است که با هدف تقویت عضلات کف لگن انجام می شود و مهبل و مقعد را احاطه می‌کند. این عضلات از مثانه، مقعد، رحم و مهبل حمایت می‌کند. قوی نگه داشـــتن آن‌ها عاملی اصلی برای کاهش اثرات سوء بارداری و زایمان است که می‌تواند بر این بخش از بدن تأثیرگذار باشد. اگر عضلات کف لگن بسیار ضعیف باشد، احتمال بروز بی‌اختیاری ادرار ناشی از فشار ــ چکیدن ادرار هنگام ســـرفه، عطســـه، خنده یا پریدن ــ یا پایین افتادگی یا بیرون افتادگی مقعد، مهبل و رحم بیشتر خواهد شد، که در این حالت، این اندام‌ها در زیر کف لگن شل و آویزان می‌شود.

بارداری وزن بیشتری را بر روی ماهیچه‌های کف لگن وارد می‌کند، و زایمان طبیعی موجب کشیده شدن و فشار بیشتری بر روی آن‌ها می‌شود. نتیجه‌ی نهایی یک ضعف کلی است. برخی از خانم‌ها به نظر می‌رسد بعد از زایمان به‌طور طبیعی انعطاف عضلانی فوق‌العاده‌ای را در کف لگن حفظ می‌کنند. ولی عده‌ای دیگر متوجه نشـــانه‌هایی از ضعف می‌شـــوند؛ بی‌اختیاری جزئی ادرار، احساس شل شدن مهبل یا فشار بر روی کف لگن به‌دلیل آویزان شدن رحم، مهبل یا مقعد. روش تقویت عضلات کف لگن ــ برای جلوگیری یا کاهش این علایم ــ انجام تمرین‌های کگل است.

نکته

برای انجام این نرمش‌ها، عضلات اطراف مهبل و مقعد خود را ســـفت می‌کنید. در اینجا روشی ساده برای درست انجام دادن نرمش‌ها آورده شده است: در حین دفع ادرار، گاهی ســـعی کنید جریان ادرار را متوقف کنید. یا یک انگشـــت خود را درون

مهبل گذاشته و سعی کنید عضلات اطراف انگشت خود را سفت کنید. اگر تمرینات کگل را درست انجام بدهید، انگشت شما فشار را احساس می‌کند. (این تکنیک‌ها هر دو فقط روش‌هایی برای تشخیص فشار دادن به عضلات است، نه روشی که به‌طور عادی نرمش را انجام بدهید.)

هنگامی که برای اولین بار نرمش را آغاز می‌کنید، هرچند باری که می‌توانید، در ده ثانیه عضلات را جمع کرده و سپس رها کنید. هر بار پنج تا ده بار انجام داده، و سعی کنید سه تا چهار بار در روز تکرار کنید. در نهایت، به مرحله‌ای می‌رسید که به مدت ده ثانیه عضلات را جمع نگه می‌دارید و هر بار ۲۵ بار این کار را انجام می‌دهید. نرمش‌های کگل را چهار بار در روز ادامه بدهید. می‌توانید آن‌ها را در حالی که نشسته‌اید، ایستاده‌اید یا دراز کشیده‌اید، انجام دهید؛ همچنین می‌توانید آن‌ها را در حین انجام کارهای دیگری چون حمام کردن، آشپزی، صحبت با تلفن، تماشای تلویزیون، رانندگی یا در صف سبزی‌فروشی نیز انجام دهید.

مقاربت مجدد

اگر دوران بعد از زایمان شما مانند اکثر خانم‌ها باشد، مقاربت جنسی آخرین چیزی است که به آن فکر می‌کنید. بسیاری از خانم‌ها متوجه می‌شوند تمایل جنسی آن‌ها در طول چند هفته یا چند ماه بعد از بارداری در حد قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. ولی زمانی، خستگی و فشار روحی ناشی از زایمان آرام می‌شود، و احتمالاً افکارتان مجدداً عاشقانه می‌شود. برای برخی از خانم‌ها (و همسران خوش‌شانسشان)، نتیجه‌ی عکس آن نسبتاً به‌سرعت اتفاق می‌افتد. برای برخی دیگر، ۶ تا ۱۲ ماه طول می‌کشد.

تغییرات بنیادی هورمونی که بعد از زایمان صورت می‌گیرد، مستقیماً بر اندام‌های جنسی شما تأثیر می‌گذارد. افت سریع استروژن به فقدان لیزی در مهبل منجر می‌شود ، و همچنین، رگ‌های خونی کمتر پر می‌شود. (افزایش جریان خون در مهبل، عامل اصلی تحریک جنسی و اوج لذت جنسی است.) بنا بر این دلایل، مقاربت بعد از زایمان می‌تواند دردناک باشد و گاهی به‌طور کامل ارضاکننده نباشد. با گذشت زمان، سطح هورمون‌ها به حد قبل از دوران بارداری برمی‌گردد، و مشکل خود به خود حل می‌شود. در این میان، استفاده از چرب‌کننده‌های مخصوصی که برای این منظور به فروش می‌رسد، کمک می‌کند.

خستگی و فشار روحی ناشی از مراقبت یک نوزاد، تمایل جنسی را در بعضی از خانم‌ها کاهش می‌دهد. توجه شما و همچنین همسرتان، احتمالاً بیشتر بر روی نوزاد است تا

روابط میان پدر و مادر. وقتی برای خود تنظیم کنید تا تنها در کنار یکدیگر باشید. ایــن زمان با هم بــودن نیازی به مقاربت ندارد ـ تنها یکدیگر را در آغوش بگیرید و احساسات خود را ابراز کنید.

اکثر دکترها به خانم‌ها توصیه می‌کنند به مدت چهار تا شــش هفته بعد از زایمان، از مقاربت پرهیز کنند تا به مهبل، رحم و پرینه فرصتی برای ترمیم و بهبودی داده شــود و خونریزی متوقف شود. هنگام مراجعه به دکتر در هفته‌ی ششم، می‌توانید در مــورد روش‌های مختلف جلوگیری از بــارداری (به فصل بعد رجوع کنید)، با او صحبت کنید.

انتخاب روش جلوگیری

بســیاری از مــردم بر این باورند که شــیر دادن از بــارداری زن جلوگیری می‌کند. اگرچه شــیر دادن معمولاً شــروع تخمک‌گذاری (و بنابراین، قاعدگی) را به تأخیر می‌اندازد، برخی از خانم‌هایی که شیر می‌دهند، تخمک‌گذاری می‌کنند و مجدداً باردار می‌شــوند (به فصل ۱۳ رجوع کنید). ممکن است در تمام مدتی که شیر می‌دهید، تخمک‌گذاری نکنید، یا ممکن است در حدود دو ماه بعد از زایمان مجدداً آغاز شود. و در صورتی که شیر ندهید، تخمک‌گذاری، به‌طور میانگین، ده هفته بعد از زایمان آغاز می‌شود، اگرچه گزارش شده است که بعد از چهار هفته نیز اتفاق می‌افتد. اگر کمتر از ۲۸ روز شیر دهید، تخمک‌گذاری شما مشابه زمانی خواهد شد که در زنان غیرشیرده صورت می‌گیرد. بنابراین در نظر داشتن روش‌های جلوگیری قبل از شروع مجدد مقاربت حائز اهمیت است. اکثر خانم‌ها طیف گسترده‌ای برای انتخاب روش جلوگیری در اختیار دارند. ولی برخی از خانم‌ها شــرایط پزشــکی خاصی دارند که آن‌ها را برای استفاده از روش‌های خاصی منع می‌کند. هنگام معاینه‌ی بعد از زایمان، در مورد روش‌های ممکن برای خود، با پزشک خود مشورت کنید.

فصل ۱۳

شیر دادن به نوزاد خود

در این فصل

- شیر مادر یا شیر خشک ـ تصمیمی بگیرید که برای شما مناسب باشد
- عادت کردن به شیر دادن
- اساس تغذیه با شیر خشک

یکی از مهم‌ترین تصمیماتی که هر پدر و مادر تازه‌ای می‌گیرند، این است که نوزادشان از شیر مادر تغذیه کند یا از شیر خشک و شیشه. اگرچه این روزها اکثر والدین شیر مادر را انتخاب می‌کنند، تصمیم‌گیری به هیچ وجه آسان نیست. اگر تصمیم‌گیری برایتان مشکل بود، خیالتان راحت باشد که هر دو انتخاب درست و منطقی است. در این فصل، صرف‌نظر از انتخاب شما، اولین گام‌های اساسی مورد نیازتان را مطرح می‌کنیم.

تصمیم‌گیری میان شیر مادر و شیر خشک

تقریباً از هر کس بپرسید ــ متخصص زنان، متخصص اطفال، دوستان، افراد کاملاً غریبه ــ شیر مادر را به شما توصیه می‌کند. این عقیده تا حدودی، مبین بازگشت به ارزش‌های اوایل قرن نوزدهم، ولی شامل علم پزشکی اخیر نیز است. تغذیه با شیر خشک در سال‌های ۱۹۵۰ مرسوم شد، زمانی که دانشمندان روش‌هایی مناسب برای پاستوریزه کردن و نگه‌داری شیر گاو برای تغذیه‌ی نوزاد به‌وجود آوردند. تغذیه با شیر مادر از آنجا که مردم و سازمان‌ها (از جمله کالج متخصصان زنان و زایمان امریکا و آکادمی متخصصان نوزادان امریکا) مزایای پزشکی متعددی تشخیص داده‌اند، مجدداً در حد وسیعی عمومیت یافت.

اما تصمیم‌گیری برای شیر دادن یا ندادن تنها یک مورد پزشکی نیست. این مسئله موضوعاتی چون راحتی، زیبایی‌شناسی، شکل بدن و حتی شرایط پیرامون زایمان را نیز در بر می‌گیرد. تصمیم‌گیری برای نحوه‌ی تغذیه‌ی نوزاد، یک انتخاب شخصی است که هر مادری باید خود تصمیم بگیرد. آگاهی از نحوه‌ی تغذیه با شیر مادر تعهد

فوق‌العاده‌ای را در بر می‌گیرد، بنابراین اگر دوست ندارید، خودتان را مجبور نکنید. اگر فکر می‌کنید که تغذیه با شیر خشک بهترین تصمیم برای شما و فرزندتان است، در این مورد احساس گناه نکنید.



شاید بشنوید تغذیه با شیر مادر بهترین فرصت را برای ارتباط مادر و فرزندش فراهم می‌کند، ولی تغذیه با شیرخشک نیز می‌تواند روشی بسیار گرم و دوست‌داشتنی برای تعامل با فرزند شما باشد، و نه تنها برای مادر، بلکه برای همسر و هرکس دیگری که ممکن است در نگه‌داری از نوزاد کمک کند. گرچه تغذیه با شیر مادر از مزایای غیرقابل انکار معینی برخوردار است، اکثر نوزادانی که با شیر خشک تغذیه شده‌اند، کاملاً سالمند و سالم باقی می‌مانند.

هر تصمیمی که می‌گیرید، قبل از زایمان بگیرید، بنابراین برای آمادگی برای لحظه‌ای که نوزادتان شروع به شیر خوردن می‌کند، زمان کافی دارید. برخی از خانم‌ها برای مدتی شیر دادن را انتخاب می‌کنند تا ببینند آن را دوست دارند یا نه. برخی از ابتدا به‌کار بردن هر دو روش شیر مادر و شیشه را انتخاب می‌کنند (پر کردن شیشه هم با شیر خشک و هم با شیر مادر که دوشیده و در یخچال نگه‌داری شده باشد).

ارزیابی مزایای تغذیه با شیر مادر

تغذیه با شیر مادر به نوزاد شما فرمول مناسب و در مجموع غنی‌تری برای یک تغذیه‌ی مناسب می‌دهد:

- ✓ شیر انسان می‌تواند سیستم ایمنی نوزاد را تقویت کرده و از بروز انواع حساسیت‌ها، آسم و سندرم مرگ ناگهانی نوزادان (SIDS) پیشگیری کند. همچنین در اولین سال زندگی نوزاد تعداد عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی را کاهش می‌دهد.
- ✓ شیر مادر شامل مواد غذایی‌ای است که کاملاً با دستگاه گوارشی نوزاد مناسب است. شیر گاو زودهضم نیست و مواد غذایی آن بلافاصله برای نوزاد شما قابل استفاده نیست.
- ✓ شیر انسان همچنین حاوی موادی است که از نوزاد در برابر عفونت‌ها تا زمانی که سیستم ایمنی بدن او کامل نشده محافظت می‌کند. این مواد به‌خصوص در آغوز به وفور وجود دارد که از سینه‌های مادر در چند روز اول بعد از تولد نوزاد ترشح می‌شود.
- ✓ نوزادان به احتمال زیاد نسبت به شیر گاو واکنش حساسیتی نشان می‌دهند تا شیر مادر.

- ✓ تغذیه با شیر مادر از نظر عاطفی اقناع‌کننده است. بسیاری از خانم‌ها زمانی که به فرزند خود شیر می‌دهند، احساس ایجاد رابطه‌ی خاصی می‌کنند، و از این تجربه‌ی نزدیکی احساس لذت می‌کنند.
- ✓ شـــیر مادر در دسترس است. نمی‌توانید بدون آن از خانه بیرون بروید. هرگز مجبور نیستید چند شیشه یا قوطی شیر خشک به همراه خود ببرید.
- ✓ شیر مادر ارزان‌تر از شیر خشک و شیشه‌های شیر است.
- ✓ مجبور به گرم کردن شیر مادر نیستید، همیشه دارای حرارت مطلوب است.
- ✓ شـــیر مـــادر بـــه طریقـــی از بـــارداری جلوگیری می‌کنـــد (اگرچـــه کاملاً قابل‌اطمینان نیست. به بخش «نگاهی به روش‌های جلوگیری از بارداری» رجوع کنید).
- ✓ شیردهی (تولید شیر) باعث می‌شود کالری بیشتری بسوزانید، که ممکن است در کم کردن وزن به‌دست‌آمده در دوران بارداری کمک کند.
- ✓ بوی مدفوع نوزادانی که از شیر مادر تغذیه می‌کنند، به‌شدت نوزادانی که از شیر خشک استفاده می‌کنند نیست.
- ✓ شیر مادر طبیعی است ـ بدون افزودنی‌ها و مواد نگه‌دارنده.
- ✓ برخی مطالعات حاکی از آن است زنانی که شیر می‌دهند، احتمال بروز سرطان پستان در طول زندگی آنان کاهش می‌یابد.

بررسی مزایای استفاده از شیر خشک

تغذیه با شـــیر خشـــک نیز مزایای فراوانی دارد. شـــاید به دلایل زیر تصمیم به این انتخاب بگیرید:

- ✓ مایل به شـــیر دادن نیستید. اگر قلباً مایل نباشید، این اتفاق نمی‌افتد. برای کسی که حقیقتاً پایبند به موفقیت نباشد، آزمایش و خطاهای بسیاری باید انجام شود تا شیر دادن میسر شود.
- ✓ امتحان کرده‌اید، ولی سینه‌های شما برای تغذیه‌ی نوزاد (یا نوزادان!) به مقدار کافی شیر تولید نمی‌کند.
- ✓ تغذیه با شـــیر خشک ممکن است با نوع زندگی شما سازگارتر باشد. اگرچه بسیاری از مادران شاغل شیر می‌دهند، بسیاری احساس می‌کنند «هماهنگی» نیازهای شغلی آن‌ها با شیردهی بسیار مشکل است.

- برخی خانم‌ها کل مفهوم شیر دادن به نوزادشان (تراوش بدنی) را نامطلوب می‌دانند.
- تغذیه با شیر خشک امکان شیر دادن به نوزاد را برای دیگران میسر می‌کند.
- در صورتی که دچار یک نوع عفونت مزمن باشید (مثلاً ایدز)، تغذیه با شیر خشک کمک می‌کند از عدم انتقال عفونت به نوزاد از طریق شیر مادر اطمینان یابید. خانم‌هایی که حامل ویروس هپاتیت ب هستند، می‌توانند از زمانی که نوزاد واکسن هپاتیت ب دریافت کند، خودشان شیر بدهند.
- در صورتی که بعد از زایمان شما یا نوزادتان بسیار بیمار باشید، تغذیه با شیر خشک تنها راه ممکن برای شماست. مادر یا نوزادی که به‌دلیل زایمان دشوار در بخش مراقبت‌های ویژه (آی سی یو) است، اغلب نمی‌تواند شروع به شیر دادن بکند. مادر می‌تواند با استفاده از یک شیردوش شیر سینه‌های خود را خالی و منجمد کند و تا شش ماه بعد به نوزاد بدهد. حتی اگر نوزاد نتواند شیر دوشیده‌شده را در این زمان استفاده کند، دوشیدن حداقل باعث حفظ جریان شیر می‌شود. گاهی زمانی که مادر یا نوزاد بهبود یافت، مادر می‌تواند بعداً جریان شیر را مجدداً آغاز کند، ولی این امکان همیشه میسر نیست و اغلب به همکاری با یک متخصص شیردهی نیاز دارد.
- در صورتی که قبلاً بر روی سینه‌های خود جراحی انجام داده باشید، تغذیه با شیر خشک ممکن است برای شما بهترین راه باشد (شاید قادر به تولید شیر نباشید). هیچ دلیل پزشکی‌ای نشان نمی‌دهد شیر دادن تأثیری بر پیشرفت سرطان پستان بعد از تشخیص آن داشته باشد، ولی برخی از خانم‌هایی که جراحی کرده‌اند یا به‌خاطر سرطان پستان تحت درمان قرار گرفته‌اند، قادر به شیر دادن نیستند. همچنین، برخی شواهد حاکی از آن است که خانم‌هایی که سینه‌های خود را بزرگ کرده‌اند، مقدار کمی شیر تولید می‌کنند. اما بسیاری از این خانم‌ها مقداری شیر تولید می‌کنند و همچنان می‌توانند شیر بدهند.
- اگر داروهای خاصی مصرف می‌کنید، تغذیه با شیر خشک بهترین راه است. برخی از خانم‌ها داروهایی مصرف می‌کنند که از طریق شیر مادر عبور کرده و در حد نامطلوبی بر نوزاد اثر می‌گذارد. این داروها شامل داروهای ضد سرطان و ضد سرطان خون (از جمله سایکلوفوسفامید، دوکسوروباسین، مثوترگزات و سیکلوسپورین)، پارلودل (بروموکریپتین)، لیثیوم و برخی از داروهای میگرن (مخصوصاً ارگوتامین) است. در مورد هر دارویی که به‌طور مرتب مصرف می‌کنید، با دکتر خود مشورت کنید.

ورود به شیردهی

دوران بارداری راهی طولانی برای آماده‌سازی بدن شما برای شیر دادن طی می‌کند. هورمون‌های اصلی دوران بارداری موجب بزرگ شـــدن سینه‌ها و آماده کردن غدد درون سینه‌ها برای شیردهی می‌شود. ولی می‌توانید خود را برای شیردهی هرروزه آماده کنید. برای مثال، می‌توانید نوک سینه‌های خود را به روش‌های مختلفی کمی مقاوم کنید تا در نتیجه بعداً زخم آن به حداقل برسد.

- ✓ از یک کرســـت شــیردهی با لبه‌هایی که پایین می‌آید استفاده کنید (اجازه بدهید لباس شما به نوک سینه‌هایتان مالیده شود).
- ✓ نوک سینه‌های خود را بین انگشت شست و اشاره برای یک دقیقه بمالید و این کار را هر روز انجام دهید.
- ✓ پس از حمام یا دوش گرفتن، نوک ســینه‌های خــود را با یک لیف حوله‌ای سریع بمالید.

هشدار!

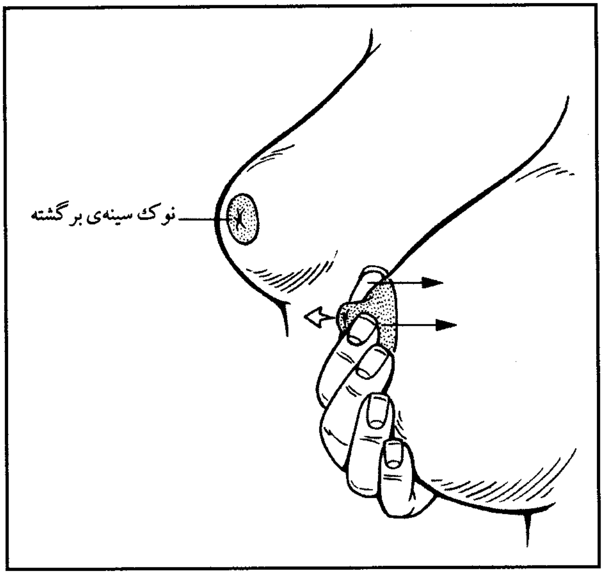
به هرحال، مراقب باشــید، تحریک نوک ســینه‌ها در اواخر دوران بارداری می‌تواند موجب بروز انقباضات رحمی شود. هنگامی که به اواخر دوران بارداری خود نزدیک می‌شــوید، قبل از انجام این نوع تحریک، از پزشــک خود سؤال کنید. یک راه برای حل این مشکل، مالیدن وازلین، پماد ضد باکتری یا روغن بچه بر روی آرئول به‌جز نوک سینه‌هاست.

نکته

برخی از خانم‌ها نوک ســینه‌های تورفته دارند و در طول دوران بارداری نگرانند که این امر شیر دادن را مشکل کند. معمولاً، این مشکل قبل از تولد نوزاد خود به خود اصلاح می‌شود، ولی چند روش می‌تواند به این مسئله کمک کند:

- ✓ از شســت و انگشت اشــاره‌ی یک دســت برای به عقب بردن پوست اطراف آرئول اســتفاده کنید. اگر با این کار نوک ســینه‌ها بیرون نیامد، با شست و انگشت اشــاره‌ی دیگر خود به‌آرامی آن را بگیرید، به سمت بیرون بکشید و چند دقیقه‌ای آن را نگه دارید؛ همان‌طور که در شکل ۱-۱۳ نشان داده شده است. این تمرین را چند بار در روز تکرار کنید.
- ✓ می‌توانید کاپ‌های پلاســتیکی مخصوصی بپوشید که برای سینه است (در اکثر داروخانه‌ها موجود اســت) و برای بیرون کشیدن نوک سینه‌ها طراحی شده است.

یکی از این روش‌های آماده‌سازی را برای مدت کوتاهی در طول سه‌ماهه‌ی دوم شروع کرده و سپس به‌تدریج به مقدار زمانی که بر روی سینه‌های خود کار می‌کنید، بیفزایید یا تا زمانی که نوک سینه‌ها به خودی خود بیرون بماند، کاپ‌ها را بپوشید.



شکل ۱-۱۳: یک روش برای اصلاح نوک سینه‌های تورفته



نگاهی به مکانیسم شیردهی

هجوم استروژن و پروژسترونی که بدن شما در دوران بارداری با آن مواجه می‌شود، باعث بزرگ شدن سینه‌های شما گاهی در اندازه‌ی حیرت‌انگیزی می‌شود. این بزرگی از اوایل شروع می‌شود، در مدت سه یا چهار هفته از بارداری، که به همین دلیل یکی از اولین نشانه‌های بارداری برای بسیاری از خانم‌ها التهاب سینه‌هاست. با پیشرفت بارداری، مقدار کمی مایع سرم‌مانند از نوک سینه‌ها می‌چکد. ولی تولید جدی شیر تا قبل از به‌دنیا آمدن نوزاد آغاز نمی‌شود.

در طول اولین روزهای بعد از زایمان، سینه‌ها تنها مایعی زردرنگ ترشح می‌کند که به آغوز یا کلستروم معروف است و حاوی شیر زیادی نیست، ولی از پادتن‌ها و سلول‌های محافظ از جریان خون مادر غنی است. این مواد تا زمانی که سیستم ایمنی بدن نوزاد کامل شود و وظیفه‌ی خود را بر عهده بگیرد، به نوزاد در مقابله با عفونت‌ها کمک می‌کند. به‌تدریج آغوز جای خود را به شیر می‌دهد.

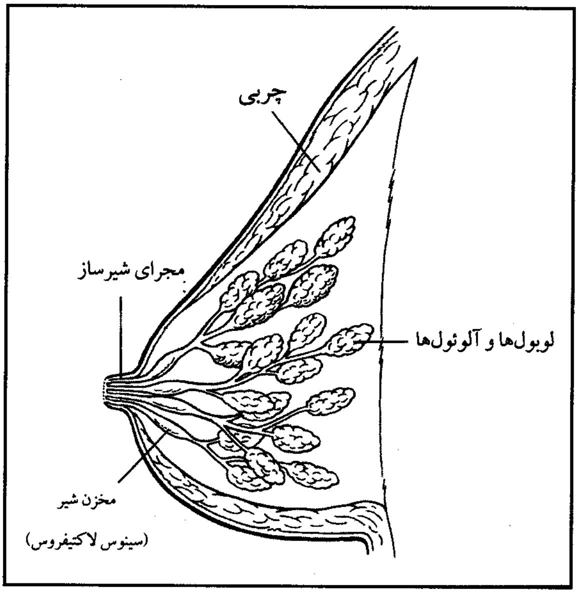
اگر به نظر می‌رسد نوزاد شما در روزهای اول شیر زیادی نمی‌خورد، نگران نشوید. خود آغوز مزایای زیادی دارد. احتمالاً نوزاد شما تا روز سوم یا چهارم حتی اشتهای زیادی ندارد. و احتمالاً در روزهای اول به تمرین حرکات مکیدن نیاز دارد.

هنگامی که نوزاد شما شروع به مکیدن سینه‌هایتان می‌کند، به مغز علامت می‌دهد تا سینه‌ها شیر تولید کند. در حدود سه یا چهار روز بعد از زایمان، تولید شیر آغاز

می‌شـــود. هنگامی که شـــیر وارد مجاری شود، سینه‌ها از شیر پر می‌شود (به شکل ۲-۱۳ نگاه کنید). این پر شـــدن می‌تواند آن‌قدر زیاد باشـــد که سینه‌هایتان مانند سنگ بشود و گاهی اوقات بسیار ملتهب. اما نگران نباشید. هنگامی که نوزاد به‌طور منظم شـــروع به شیر خوردن کند و جریان شیر شروع شود، پر شدن سینه‌ها دیگر زیاد شدید نیست. واکنش جاری شدن (ورود شیر به مجاری) هر بار که نوزاد شیر می‌خورد، صورت می‌گیرد. پس از آنکه برای مدتی شـــیر دادید، شاید متوجه شوید که تنها صدای گریه‌ی نوزاد یا احســـاس نوزادتان که در کنار شـــما نوازش می‌شود، می‌تواند موجب شروع این واکنش شود.



اساســـاً زنان شیرده در اواخر هفته‌ی اول بعد از زایمان، روزانه در حدود ۶۰۰ میلی لیتر (۱۰ اونس) شـــیر تولید می‌کنند. این مقدار در اواخر هفته‌ی ســـوم تقریباً به ۸۰۰ میلی لیتر (۱۴ اونس) می‌رســـد و حداکثر مقدار آن ۱/۵ تا ۲ لیتر (۲۵ تا ۳۵ اونس) است.

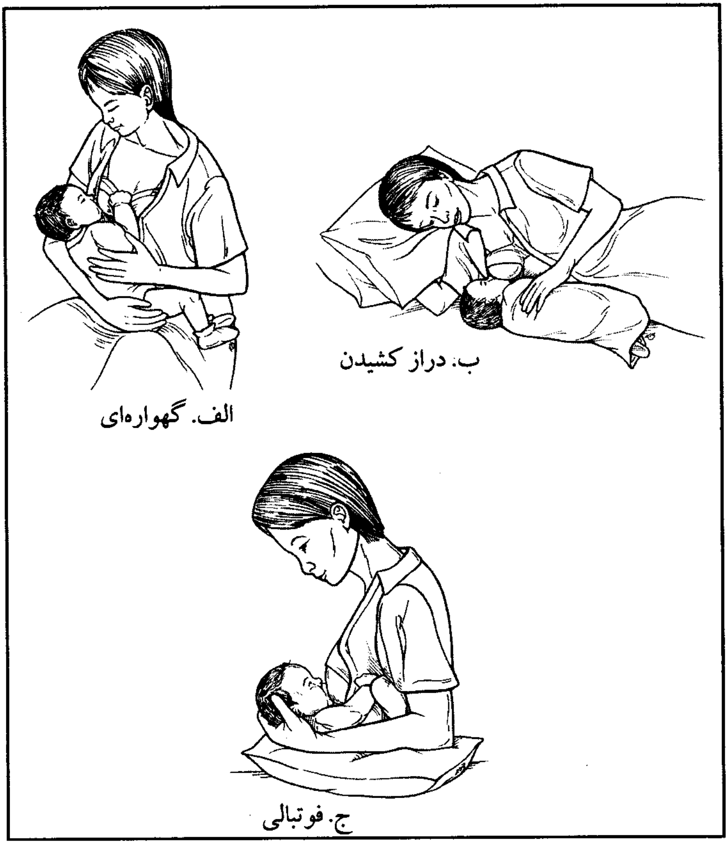


شکل ۲-۱۳: سینه‌های شما حاوی شبکه‌هایی از مجاری شیر است، که در طول اولین روزهای بعد از زایمان با بیرون دادن آغوز شروع به کار می‌کند.

بررسی وضعیت‌های شیردهی

می‌توانید به یکی از سه وضعیت اساسی‌ای که در شکل ۳-۱۳ نشان داده شده است شیر بدهید. از روشی استفاده کنید که برای شما و نوزادتان مؤثر و راحت است. اکثر خانم‌ها از حالت‌های گوناگون به تناوب استفاده می‌کنند.

- **گهواره‌ای:** ســاده‌ترین روش، بغل کردن نوزاد در دســتان اســت که سر در قسمت خم‌شده‌ی آرنج قرار گرفته و کمی به سمت سینه متمایل شود. (به شکل الف ۳-۱۳ نگاه کنید.)
- **دراز کشیدن:** به یک سمت بر روی تخت دراز کشیده و نوزاد را در کنار خود قرار بدهید. با پایین دست خود یا بالش‌هایی کودک را تکیه دهید تا دهان او نزدیک سینه‌ی پایینی شما قرار بگیرد و با استفاده از دست دیگر خود دهان نوزاد را به نوک سینه هدایت کنید. این وضعیت برای شیردهی در نیمه‌شب یا بعد از ســزارین که نشستن هنوز ناراحت‌کننده است، بهترین حالت است. (به شکل ب ۳-۱۳ نگاه کنید.)
- **فوتبالی:** سر نوزاد خود را در کف دست گرفته و با ساعد خود بدن او را نگه دارید. قرار دادن یک بالش در زیر دست برای ایجاد تکیه‌گاه بیشتر می‌تواند مؤثر باشد. می‌توانید با استفاده از دست آزاد خود، سینه را نزدیک دهان نوزاد نگاه دارید. (به شکل ج ۳- ۱۳ نگاه کنید.)



شکل ۳-۱۳: سه وضعیت اصلی برای شیردهی

وادار کردن نوزاد به گرفتن سینه

اگر شیر دادن را انتخاب می‌کنید، می‌توانید بلافاصله بعد از زایمان شروع کنید، هر جا که هستید ـ اتاق زایمان[1] یا در اتاق ریکاوری. به محض آنکه پرستارها وضعیت سلامت نوزاد را کنترل کردند و نوزادتان کمی از فشار زایمان آرام گرفت، شروع کنید. ابتدا انتظار کمی ناشـیگری داشته باشید و سعی کنید زیاد دلسرد نشوید. بسیاری از نوزادان فوراً مایل به شـیر خوردن نیستند. صبور باشید ـ شما و نوزادتان بالاخره از عهده‌ی آن برمی‌آیید.

نوزاد با واکنش مکیدن به دنیا می‌آید، ولی بسیاری از آن‌ها بلافاصله مشتاقانه از این قاعده پیروی نمی‌کنند. گاهی نوزادان برای گرفتن سینه احتیاج به ناز و نوازش دارند:

۱. **خود و نوزادتان را در یکی از وضعیت‌های اصلی شیردهی قرار بدهید** (به بخش قبلی رجوع کنید).

۲. **نوک سینه‌ی خود را آرام به لب‌ها یا گونه‌ی نوزاد بمالید.**

این اقدام احتمالاً باعث می‌شـود نوزاد دهان خود را باز کند. اگر به نظر رسید نوزاد مایل به باز کردن دهان خود نیسـت، سـعی کنید کمی شیر ـــ در واقع آغوز ـــ را خارج کرده (به آرامی با فشار خارج کنید) و مقداری بر روی لب‌های نوزاد بمالید.

۳. **هنگامی که دهان نوزاد کاملاً باز شـد، سـر او را به سینه نزدیک کرده و دهان او را آرام بر روی تمام نوک سینه بگذارید.**

با این سیخونک معمولاً نوزاد شروع به مکیدن می‌کند. حتماً تمام قسمت آرئول را در دهان نوزاد بگذارید، زیرا در غیراین‌صورت به مقدار کافی شیر نمی‌خورد و نوک سینه‌های شما زخم می‌شود. اما سینه‌ی خود را داخل دهان نوزاد نچپانید. در عوض، دهان را به نوک سینه نزدیک کرده و بگذارید نوزاد از سینه شیر بخورد.

هشدار!

نوک بینی نوزاد باید تنها با پوست اطراف سینه‌ی شما تماس داشته باشد. تنها راهی که نوزاد در حین شیر خوردن می‌تواند نفس بکشد، از طریق بینی اوست، بنابراین مراقب باشید روی بینی نوزاد با سینه‌ی شما کاملاً بسته نشود. در صورتی که سینه‌ی شـما بینی نوزاد را مسدود می‌کند، با استفاده از دست آزاد خود سینه‌ی خود را از جلوی بینی نوزاد فشار دهید تا راه برای ورود هوا باز شود.

---

۱. در ایران تنها دو اتاق مخصوص برای زایمان داریم، یکی اتاق درد اسـت و دیگری اتاق زایمان. م.

تنظیم وعده‌های شیر

پس از آنکه نوزاد سینه را گرفت، هنگامی که حرکات منظم و موزون گونه‌ها و چانه‌ی او را می‌بینید، می‌دانید که در حال مکیدن است. ممکن است قبل از جاری شدن شیر، چند دقیقه‌ای با مکیدن سپری شود. در ابتدا، بگذارید نوزاد شما در هر نوبت شیر خوردن از هر سینه پنج دقیقه شیر بخورد. بعد از گذشت سه یا چهار روز، مدت آن را برای هر سینه از ۱۰ تا ۱۵ دقیقه افزایش دهید. به هرحال زیاد به زمان وعده‌های شیر خوردن متکی نباشید: هنگامی که نوزاد شما به مقدار کافی شیر بخورد، با مک نزدن و رها کردن نوک سینه، شما را آگاه می‌کند.

نکته

اگر نوزاد شما بدون رها کردن نوک سینه دست از مکیدن کشید، انگشت خود را وارد گوشه‌ی دهان او کنید تا مکش رها شود. (اگر فقط نوک سینه‌ی خود را بیرون بکشید، در نهایت موجب زخم شدن نوک سینه‌ها می‌شود.)

هنگامی که از یک سینه به سینه‌ی دیگر تغییر می‌دهید، با گذاشتن نوزاد بر روی شانه یا بر روی زانوها و ضربه زدن آرام به پشت او، صبر کنید تا آروغ بزند. شکل ۴-۱۳ برخی از حالت‌های مختلف آروغ زدن را به شما نشان می‌دهد. بعد هنگامی که شیر خوردن تمام شد، مجدداً او را نگه دارید تا آروغ بزند.

به‌طور کلی، مادران تقریباً هشت تا دوازده بار در روز شیر می‌دهند (ده بار به‌طور متوسط). این الگو بدن شما را به تولید شیر به مقدار مناسب قادر می‌کند و به نوزاد امکان دریافت مواد غذایی خاص برای رشد و تکامل سالم می‌دهد. سعی کنید فواصل شیردهی را به‌طور یکسان در طول روز تنظیم کنید، البته نوزاد شما نیز بر این برنامه تأثیر می‌گذارد. مجبور نیستید نوزاد را برای خوردن شیر بیدار کنید ـ مگر اینکه بنا بر تجویز اکید متخصص اطفال خود ملزم به انجام آن باشید. اگر نوزاد در سراسر شب مایل به خواب باشد، مخصوصاً مجبور نیستید او را بیدار کنید، فقط این را به حساب خوش‌شانسی خود بگذارید. همچنین هیچ‌دلیلی برای امتناع از شیر دادن به نوزاد گرسنه نباید داشته باشید ـ حتی اگر فقط یک‌ساعت یا در همین حدود از آخرین وعده‌ی شیر او گذشته باشد. (همچنین به‌خاطر داشته باشید در صورت استفاده از شیر خشک به صورت مکمل غذایی، تعداد وعده‌های شیر خوردن ممکن است کمتر از حد متوسط شود.)

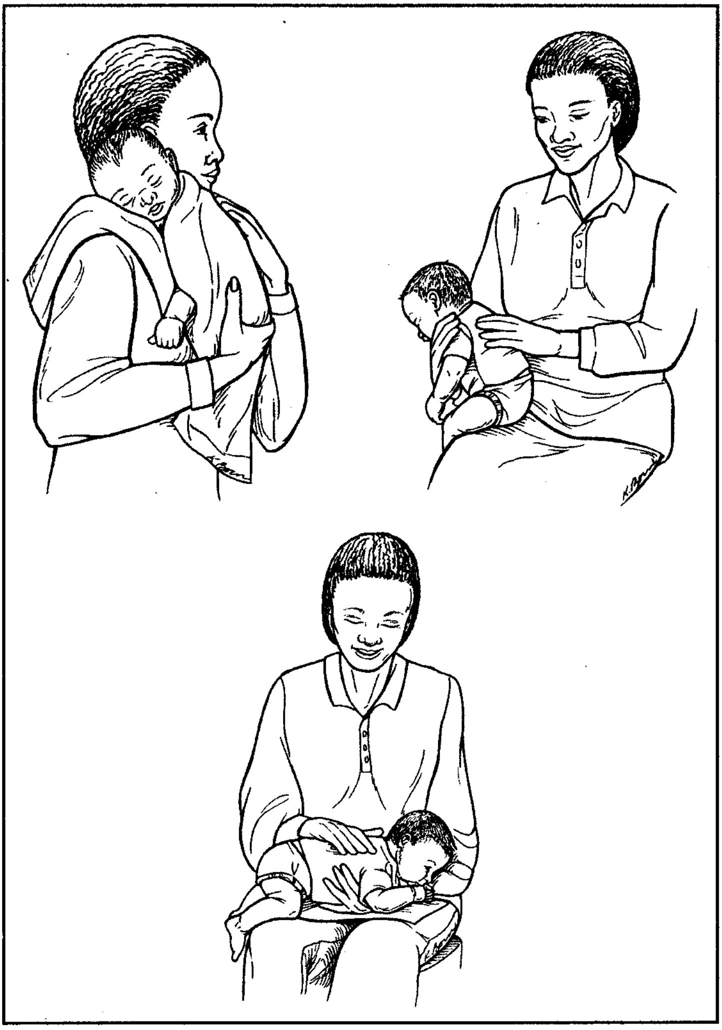
می‌توانید بگویید نوزادتان به مقدار کافی شیر می‌خورد اگر:

- ✓ به‌طور متوسط ده بار در روز شیر می‌خورد
- ✓ وزن اضافه می‌کند

- ✓ شش تا هشت بار پوشک خود را خیس می‌کند
- ✓ دو تا سه بار در روز اجابت مزاج دارد
- ✓ ادرار او زرد کم‌رنگ باشد (نه تیره و غلیظ)



در صورتی که نوزاد شما با این معیارها مطابقت نداشته باشد، یا از عدم دریافت شیر کافی برای نوزاد خود نگران باشید، با متخصص اطفال خود تماس بگیرید. برخی از خانم‌ها، علی‌رغم جدیت زیاد، به تولید شیر کافی برای تأمین نیازهای نوزاد خود قادر نیستند و باید همراه با شیر مادر، از شیر خشک نیز به عنوان مکمل استفاده شود.



شکل ۴-۱۳: روش‌های بیشتری برای آروغ زدن نوزاد وجود دارد. در اینجا به هریک از وضعیت‌های سعی و خطا اشاره شده است.

توجه به رژیم غذایی

رژیم غذایی شما در دوران شیردهی، مانند دوران بارداری به‌طور کلی فقط به عقل سلیم نیاز دارد. کیفیت شیر سینه‌های شما تا زمانی که عادات غذایی‌تان ناکافی باشد، در حد قابل توجهی از رژیم غذایی شما متأثر نمی‌شود. با وجود این، اگر به مقدار کافی کالری دریافت نکنید، بدن شما برای تولید شیر کافی دچار مشکل می‌شود. همچنین شاید متوجه شوید نوزاد شما نسبت به برخی غذاهای خاص، واکنش متفاوتی از خود نشان می‌دهد. برای مثال، ممکن است در صورت خوردن غذاهای خاصی دچار نفخ زیاد شود. اگر نسبت به واکنش نوزاد خود به غذاهای گوناگون توجه کنید، می‌توانید تشخیص دهید از خوردن چه غذاهایی باید پرهیز کنید.

زنان شیرده باید روزانه ۴۰۰ تا ۶۰۰ کالری بیشتر از مقداری که به‌طور عادی می‌خورند، دریافت کنند. مقدار دقیق آن برحسب مقدار وزن و چربی‌ای که در دوران بارداری اضافه کرده‌اید، متفاوت اســت. از آنجا که شیردهی باعث سوخت چربی‌ها می‌شود، شیر دادن در فرار از چربی‌های اضافه‌ای که ممکن است ذخیره شده باشد، به شما کمک می‌کند. ولی از کم کردن ســریع وزن خودداری کنید، چرا که به تولید شیر آسیب می‌رساند. همچنین، از اضافه کردن وزن نیز در دوران شیردهی اجتناب کنید. اگر متوجه اضافه شدن وزن خود شدید، به احتمال زیاد مقدار بسیار زیادی کالری دریافت می‌کنید.

به ویتامین‌ها و مواد معدنی بیشــتری نیز نیاز دارید. مخصوصاً ویتامین د، کلسیم و آهن. به مصرف ویتامین‌های دوران بارداری خود یا ســایر مکمل‌های متعادل دیگر تا زمانی که شیر می‌دهید، ادامه بدهید. همچنین روزانه مقدار بیشتری کلسیم، چه به‌صورت قرص مکمل چه وعده‌های بیشتری از شیر، ماست و سایر محصولات لبنی مصرف کنید.

اساســاً شیر سینه آب است (۸۷ درصد). برای تولید مقدار زیادی شیر، باید حداقل روزانه ۷۲ اونس مایعات بیشتری مصرف کنید، که در حدود نه لیوان شیر، آب میوه یا آب بیشــتر اســت. با وجود این، زیاده‌روی نکنید، زیرا در صورت نوشیدن مایعات به مقدار زیاد، در واقع تولید شیر شما کاهش می‌یابد. یک روش مناسب برای بیان اینکه به مقدار کافی مایعات می‌نوشید یا نه، توجه به میزان ادرارتان است. اگر به‌طور نامتناوب ادرار می‌کنید یا در صورتی که رنگ آن زرد پر رنگ باشــد، احتمالاً مقدار مایعات مصرفی شما کافی نیست. اگر به‌طور مداوم باید به سمت دستشویی بدوید، ممکن است بیش از حد مایعات نوشیده باشید.

نکته

اگر متوجه شـــدید نوزادتان ناآرام اســـت و به‌سختی می‌خوابد، ممکن است بیش از حد کافئین دریافت کرده باشید. سعی کنید تا زمانی که سطح تحمل نوزاد را پیدا نکرده‌اید، مصرف قهوه یا کوکاکولا را کاهش دهید.

نگاهی به روش‌های جلوگیری از بارداری

اگرچه شـــیر دادن احتمال تخمک‌گذاری را کاهش می‌دهد، به هیچ وجه تضمینی برای باردار نشـــدن نیســـت. برای خانمی که تغذیه با شیر مادر را انتخاب نمی‌کند، به‌طور میانگین ۱۰ هفته بعد از زایمان طول می‌کشـــد تا تخمک‌گذاری آغاز شود ـ که به معنای باروری مجدد است. در حدود ۱۰ درصد از خانم‌هایی که شیر می‌دهند نیـــز تخمک‌گذاری بعد از ۱۰ هفته مجدداً آغاز می‌شـــود، و در حدود ۵۰ درصد، از ۲۵ هفتگی ــ در حدود شـــش ماه ــ بعد از تولد فرزندانشـــان شروع می‌شود. شیر دادن مسلماً شکل مناسبی برای جلوگیری از بارداری نیست.

بعد از آغاز مقاربت جنســـی، اســـتفاده از برخی روش‌های جلوگیری مؤثر را در نظر بگیرید، زیرا امکان بارداری مجدد و فوری شما زیاد است. می‌توانید از قرص‌های ضد بارداری، روش‌های سدکننده (کاندوم، دیافراگم و غیره) یا تزریق پروژسترون استفاده کنید که اثر درازمدت دارد (از جمله دپو ـ پروورا). هنگام مراجعه به پزشک خود در هفته‌ی ششم، در مورد انتخاب روش‌های مناسب برای خود با او مشورت کنید.

مادران باردار می‌پرسند...

س: «آیـا می‌توانـم همزمان با خـوردن قرص شیر بدهم؟»

ج: مشـکلی ندارد، گرچه ممکن است بر مقدار شیری که تولید می‌کنید تأثیر بگذارد. قرص‌هایی که حاوی استروژن است، مقدار شیر تولیدی شما را کاهش می‌دهـد، و اگر در مدت کمی بعد از زایمان مصرف شـود، ممکن است بدن شما را با تولید شیر دچار مشکل کند. با وجود این، پس از تثبیت شیردهی، مشکلی ندارد. برخی از خانم‌ها احسـاس می‌کنند قرص‌های جدیدتری که تنها حاوی پروژستین[1] است، جایگزین بهتری است ـ تأثیرات جانبی کمتری بر تولید شیر دارد، ولی در جلوگیری از بارداری هم کم اثرتر است.

---

۱. ماده‌ای با فعالیت بیولوژیکی هورمون خاص جسم زرد کـه مخاط رحم (آندومتر) را برای نگه‌داری نطفه مهیا می‌کند. م.

تعیین داروهای بی‌خطر

تقریباً هر دارویی که مصرف کنید، وارد شیر شما می‌شود، ولی معمولاً فقط به مقداری جزئی. اگر لازم است در طول دوران شیردهی از دارویی مصرف بکنید، سعی کنید در حد امکان از پایین‌ترین مقدار آن استفاده کرده و به‌عنوان یک قانون کلی، پس از اتمام یک وعده‌ی شیر آن را مصرف کنید. بدین طریق، بدن شما تا زمانی که نوبت به وعده‌ی دیگر شیر دادن می‌رسد، اکثر دارو را تجزیه می‌کند. به‌طور کلی، فقط به‌دلیل ترس از انتقال دارو به نوزاد و آسیب رساندن به او، خود را از مصرف داروهایی محروم نکنید که بدان نیاز دارید. داروها را با دکتر خود کنترل کنید تا از بی‌خطر بودن آن‌ها در دوران شیردهی اطمینان یابید.

مصرف داروهای زیر در دوران شیردهی بلامانع است:

- ✓ استامینوفن (از جمله تایلنول)
- ✓ ضد اسیدها
- ✓ اکثر آنتی‌بیوتیک‌ها
- ✓ اکثر داروهای ضد افسردگی
- ✓ آنتی‌هیستامین‌ها
- ✓ آسپیرین
- ✓ اکثر داروهای آسم
- ✓ ضد احتقان‌ها
- ✓ اکثر داروهای فشار خون
- ✓ ایبوپروفن (مانند ادویل و ماترین)
- ✓ انسولین
- ✓ اکثر داروهای تشنج
- ✓ اکثر داروهای تیروئید

کنترل مشکلات شایع

یکی از رایج‌ترین باورهای غلط در مورد شیر دادن این است که برای هرکس به راحتی و به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد. شیر دادن به تمرین نیاز دارد. دامنه‌ی مشکلات می‌تواند از زخم جزئی نوک سینه‌ها، تا در مواردی نادر، عفونت‌هایی در مجاری شیری باشد.

زخم نوک سینه‌ها

بسیاری از خانم‌ها در روزهای اول شیردهی با زخم موقتی نوک سینه‌ها مواجه می‌شوند. برای اکثر خانم‌ها، معمولاً درد خفیف است و خود به خود از بین می‌رود برای عده‌ای دیگر، به هرحال، زخم بدتر می‌شود و به ترک خوردن یا شقاق نوک سینه‌ها منجر می‌شود و درد متوسط تا شدیدی دارد. در صورتی که سینه‌های شما به این سمت پیش رفت، قبل از آنکه ناراحتی از کنترلتان خارج شود، اقدام کنید. فهرست زیر برخی از راه‌های علاج را مطرح می‌کند:

- ✓ روش خود را مجدداً کنترل کنید تا از وضعیت صحیح نوزاد خود مطمئن شوید. اگر نوزاد تمام نوک سینه و آرئول را در دهان خود نگیرد، احتمالاً زخم ادامه می‌یابد. سعی کنید تقریباً با هر بار شیر دادن وضعیت نوزاد را تغییر بدهید.
- ✓ تعداد دفعات شیر دادن را افزایش و هر بار مقدار کمتری شیر دهید. بدین طریق نوزاد آن‌قدر گرسنه نیست که با شدت مک بزند.
- ✓ حتماً با سینه‌ای که زخم شده شیر بدهید، حتی برای چند دقیقه، تا نوک سینه نسبت به شیر دادن شرطی شود. اگر اجازه دهید کاملاً بهبود یابد، هنگامی که مجدداً با آن سینه شیر بدهید، نوک آن زخم خواهد شد. توصیه‌ی ما این است که ابتدا با سینه‌ای که کمتر زخم شده شیر بدهید، زیرا در این زمان مکیدن نوزاد قوی‌تر است.
- ✓ قبل از آنکه نوزاد را زیر سینه بگذارید، کمی شیر با دست خارج کنید. این اقدام به رفلکس جاری شدن شیر کمک می‌کند و بنابراین نوزاد مجبور نیست برای جاری شدن شیر به مدت زیاد و شدید مک بزند.
- ✓ از مصرف مواد شیمیایی محرک یا صابون‌ها بر روی نوک سینه‌ها خودداری کنید.
- ✓ بعد از آنکه شیر خوردن تمام شد، نوک سینه‌های خود را پاک نکنید. تا جایی که می‌شود اجازه دهید با جریان هوا خشک شود. پاک کردن با پارچه به تحریک غیرضروری منجر می‌شود.
- ✓ نوک سینه‌ها را در معرض هوا گذاشته تا به سفت شدن پوست کمک کند، بنابراین سعی کنید در خانه تا حد امکان سینه‌های خود را در معرض هوا قرار دهید. اگر از سوتین شیردهی استفاده می‌کنید، لبه‌های آن را در خانه پایین قرار دهید. نوک سینه‌های شما بر اثر مالیده شدن به بافت لباستان سفت می‌شود.

- ✓ در صورت اســتفاده از لایی‌ها برای جذب شــیر چکه‌شده از سینه‌هایتان، به محض آنکه مرطوب می‌شود آن‌ها را عوض کنید؛ در غیراین‌صورت باعث زخم شدن نوک سینه‌هایتان می‌شود.
- ✓ ســعی کنید روی نوک‌های زخم‌شده را با روغن ویتامین ای، روغن زیتون یا لانولین (روغن پشــم) ماســاژ داده و سپس در معرض هوا گذاشته تا خشک شود. کرم Udder و Bag Balm، محصولاتی هستند که برای درمان شقاق‌های نوک پستان گاوهای شیرده (بله، گاوها) تولید شده و عمومیت زیادی در بین زنان شیرده یافته‌اند. در حال حاضر بسیاری از داروخانه‌ها و فروشگاه‌های لوازم آرایشی این کرم‌ها را می‌فروشند.
- ✓ چندین بار در روز نوک سینه‌ها را کمپرس گرم (نه داغ) و خشک (نه مرطوب) کنید. می‌توانید این کار را با یک بطری حاوب آب ولرم انجام دهید.

درد ناشی از پر شدن سینه‌ها

همان‌طور که قبلاً اشــاره کردیم، هنگامی که سینه‌ها از شیر پر می‌شود، می‌تواند آزاردهنده باشــد. یک راه برای جلوگیری از پر شــدن دردناک، شــروع شیردهی بلافاصله بعد از تولد نوزاد اســت. راهکارهای مؤثر دیگر، پوشــیدن سوتین محکم (نه تنگ) و ماســاژ دادن سینه‌ها قبل از شیر دادن است. ماساژ جاری شدن شیر را تســهیل می‌کند و مقداری از پری ســینه خالی می‌شود. همچنین می‌توانید بر روی ســینه‌های خود کمپرس گرم بگذارید. (برخی از خانم‌ها احســاس می‌کنند گذاشــتن کیسه‌ی یخ بهتر اســت ـ هر دو را امتحان کرده تا ببینید کدام‌یک اثر بهتری برایتان دارد.)

انسداد مجاری

گاهی بعضی از مجاری شیر در سینه با زایده‌هایی مسدود می‌شود. در صورت بروز چنین چیزی، یک غده‌ی کوچک، سفت و قرمزرنگ درون سینه‌ی شما شکل می‌گیرد. ممکن اســت غده ملتهب باشد، ولی معمولاً با تب یا درد طاقت‌فرسا همراه نیست. بهترین راه برای درمان مجرای مسدودشــده‌ی ســینه، خالی کردن کامل آن سینه پس از هر بار شــیر دادن اســت. زمانی که نوزاد بیشتر گرسنه است، با همان سینه شــروع کنید. در صورتی که نوزاد سینه را کاملاً خالی نکرد، از یک شیردوش برای همان سمت استفاده کنید تا زمانی که شیر کاملاً بیرون بیاید. همچنین، کمپرس گرم بر روی غده و ماســاژ دادن با دســت مؤثر است. از همه مهم‌تر آن است که به شیر دادن ادامه دهید.

در صورتی که غده بیش از چند روز باقی ماند، با پزشـک خود تماس بگیرید تا از عدم ایجاد آبسه اطمینان یابید.

ماستیت (عفونت سینه)

عفونت‌های سـینه (ماستیت) تقریباً در ۲ درصد از تمام زنان شیرده اتفاق می‌افتد. معمـولاً باکتری دهان نوزاد موجب عفونت‌هایی می‌شـود که بـه احتمال زیاد دو تـا چهار هفته بعـد از زایمان بروز می‌کند (ولی زودتر یـا دیرتر نیز می‌تواند اتفاق بیفتد). عفونت‌ها در خانم‌هایی شایع‌تر است که برای اولین بار شیر می‌دهند و نوک سینه‌هایشان ترک خورده یا شقاق دارد، و کسانی که سینه‌هایشان هنگام شیر دادن کاملاً خالی نمی‌شود.

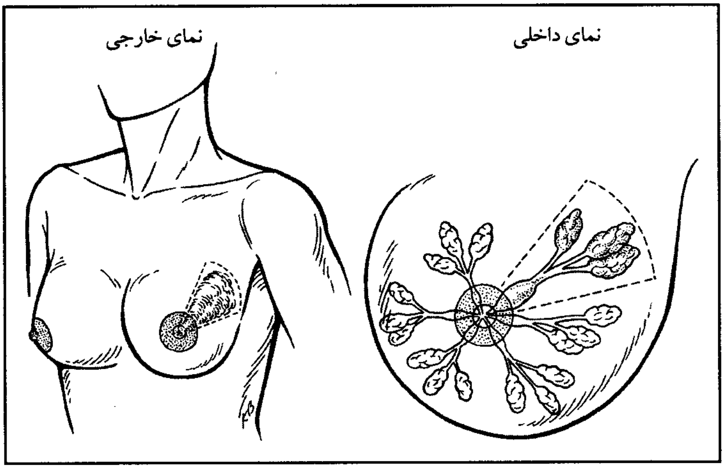
علایم ماسـتیت شامل سینه‌ی قرمز، گرم و سـفت، تب بالا (معمولاً بیش از ۳۸/۳ درجه‌ی سانتی‌گراد) و کسالت (مانند زمانی که آنفولانزا شده‌اید و تمام بدنتان درد می‌کند) اسـت. عفونت در سینه ممکن اسـت پراکنده یا در یک قسمت خاصی از سینه جمع شده باشد (که به آن لوبول می‌گویند).

در صورتی که عفونت در یک‌جا جمع شـده باشـد، ممکن است قرمزی مانند یک منطقه‌ی سه‌گوش بر روی قسمت عفونی سینه ظاهر شود (به شکل ۵-۱۳ نگاه کنید). در صورت بروز چنین علایمی فوراً با پزشک خود تماس بگیرید. او به‌طور حتم برای شـما یک آنتی‌بیوتیک تجویز خواهد کرد و حتی ممکن است از شما بخواهد برای معاینه به مطب مراجعه کنید.

در حالی که دچار عفونت هستید، به شیر دادن به نوزاد خود ادامه دهید. با وجود اینکه باکتری احتمالاً از دهان نوزاد منتقل شده، آسیبی به او نمی‌رساند. اگر شیر دادن را قطع کنید، سینه پر می‌شود و حتی ناراحتی شما را شدیدتر می‌کند. استامینوفن (مانند تایلنول)، ایبوپروفن یا کمپرس گرم می‌تواند در حالی که آنتی‌بیوتیک‌ها اثر می‌کند (معمولاً در حدود دو روز)، در تسکین درد مؤثر باشد. به مقدار زیاد مایعات بنوشید، و تا حد امکان استراحت کنید تا به نیروهای طبیعی بدن خود برای بهبودی، امکان فعالیت بدهید. برای اطمینان از عدم بازگشت مجدد عفونت، داروهای تجویزشده‌ی خود را به‌طور کامل مصرف کنید.

آبسه‌ی سینه

در صورتی که ماستیت فوراً درمان نشود یا در صورتی که مجرای شیر مسدود بماند، می‌تواند به آبسـه در سینه منجر شود. در حقیقت، آبسه‌های سینه از ۱۰ درصد از تمام موارد ماستیت شکل می‌گیرد. علایم آبسه‌ی سینه، درد شدید، گرما و ورم روی



شکل ۵-۱۳: نمای خارجی و داخلی یک ماستیت سه گوش.

موضع آبسه، و تب شدید (بالای ۳۸/۳ درجه سانتی‌گراد) است.گاهی اوقات دکترها می‌توانند با آنتی‌بیوتیک‌ها آبسه‌ها را درمان کنند، ولی اغلب آبسه لازم است از طریق جراحی بیرون کشیده شود.



در صورتی که دچار آبســه در سینه‌ی خود شدید، می‌توانید از سینه‌ی دیگر خود به شــیر دادن ادامه بدهید، ولی باید شــیر دادن از سمتی را که آبسه کرده قطع کنید تا مشکل رفع شود. قبل از شروع به شیر دادن از همان سمت، از دکتر خود سؤال کنید.

شیر دادن به دوقلوها

شاید اضطراب‌آور باشــد، ولی برخی از مادرانی که دوقلو داشته‌اند، با موفقیت شیر داده‌اند. بدن شما به تولید شیر کافی برای دو نوزاد به‌طور همزمان قادر است، مخصوصاً اگر مصر باشید، تولید شیر شما به سطح بالایی می‌رسد. حتی در این صورت، دستیابی به سیستمی که برای شما کارآمد باشد، به تجربه نیاز دارد. ممکن است به‌طور همزمان به هر دو نوزاد خود شــیر بدهید، یا به هریک به‌طور جداگانه. مزیت روش اول آن اســت که مجبور نیستید تمام وقت خود را صرف شیر دادن بکنید، ولی روش دوم آسان‌تر است. مجبور نیستید به نوزادی بپردازید که زودتر سیر شده و به آروغ زدن نیاز دارد، در حالی که دیگری هنوز در حال مکیدن است. (نگه داشتن یک نوزاد بر روی شانه و دیگری در زیر سینه می‌تواند بسیار دشوار باشد و هیچ اهمیتی ندارد از چند بالش و پشــتی استفاده می‌کنید.) شاید به یک نوزاد شیر خودتان را بدهید و به دیگری شیر خشک، و در وعده‌ی بعدی جای آن‌ها را با هم عوض کنید. شاید به هر دو نوزاد در هر وعده کمی از شیر خود داده و سپس با شیر خشک کمبود آن را

جبران کنید. یا ممکن است در اکثر ساعات روز به هردو نوزاد شیر داده و شب‌هنگام که مقدار شیر شما کم می‌شود، با شیر خشک جایگزین کنید.

خانم‌هایی که به دوقلوها شیر می‌دهند به مصرف کالری‌ها و مایعات بسیار بیشتری نیاز دارند. روزانه برای هر بچه‌ای که شیر می‌دهید، در حدود ۴۰۰ تا ۶۰۰ کالری اضافه نیاز دارید. (تصور کنید برای شیر دادن به سه‌قلوها چقدر باید بخورید!) همچنین، لازم است مایعات مصرفی خود را از هشت تا ده لیوان در روز به ده تا دوازده لیوان افزایش دهید.

نکته

اگر واقعاً تصمیم دارید برای شیر دادن به دوقلوها تلاش کنید، به کمک مورد نیاز از سوی سایر افراد خانواده و دوستان حساب کنید. از تقاضای کمک واهمه نداشته باشید.

تغذیه با شیر خشک برای تازه‌کاران

فکر کنید به نفع شیر خشک تصمیم گرفته‌اید از شیر دادن صرف‌نظر کنید. یا برای مدتی شیر داده‌اید و مایل به تغییر آن هستید. در این بخش به مطالب مورد نیاز شما برای شروع با شیر خشک می‌پردازیم.

متوقف کردن تولید شیر

اگر جداً به تغذیه با شیر خشک تصمیم گرفته‌اید، باید فرایند تولید شیر را در سینه‌های خود متوقف کنید. تولید شیر با گرما و تحریک سینه آغاز می‌شود. برای متوقف کردن تولید شیر، شرایط مخالف آن را فراهم کنید. در اینجا چند توصیه ذکر شده است:

نکته

- ✓ یک سوتین تنگ بپوشید.
- ✓ هنگامی که سینه‌هایتان پر می‌شود، کیسه‌ی یخ بر روی آن‌ها بگذارید (معمولاً سه یا چهار روز بعد از تولد نوزاد.)
- ✓ داخل سوتین خود کیسه‌ی یخ یا بسته‌های کوچک سبزیجات منجمد، مانند نخود سبز یا ذرت بگذارید که می‌تواند به‌راحتی تا شده و در داخل کرست جا بگیرد. (اگرچه توصیه نمی‌کنیم به این شکل به مکان‌های عمومی بروید.)
- ✓ برگ کلم سرد را داخل سوتین خود بگذارید. کلم از نظر شیمیایی برای کاهش تولید شیر عمل می‌کند.
- ✓ هنگام دوش گرفتن اجازه دهید آب سرد بر سینه‌هایتان ریخته شود.

نکته

اگر برای مدت کوتاهی می‌خواهید شیر بدهید (۶ تا ۱۲ هفته)، برای راحت‌تر شدن جایگزینی سعی کنید یک وعده در روز به نوزاد خود شیر خشک بدهید.

سینه‌های پرشده می‌تواند بسیار ناراحت‌کننده باشد. در صورتی که با ناراحتی شدید مواجه شدید، شاید مایل باشید در مورد دارویی مسکن با دکتر خود صحبت کنید. خوشبختانه، پرشدگی معمولاً فقط ۳۶ تا ۴۸ ساعت باقی می‌ماند.

انتخاب بهترین شیشه‌ها و سرشیشه‌ها

نکته

در انتخاب شیشه‌ها و سرپستانک‌های متنوع مشکلی نخواهید داشت. برخی از نوزادان علاقه‌ی خاصی به یک نوع شیشه یا سرپستانک نسبت به دیگری نشان می‌دهند. برای فهمیدن وسایلی که بهترین تأثیر را برای شما و نوزادتان دارد، باید آزمایش کنید. شیشه‌های چهار اونسی برای هفته‌ها یا ماه‌های اول مناسب است. بعدها، زمانی که مقدار شیر نوزاد بیشتر می‌شود، می‌توانید آن را به شیشه‌های هشت اونسی تغییر دهید.

- ✓ در واقع برخی از بطری‌ها کیسه‌ی پلاستیکی نگه می‌دارد. بدین ترتیب که کیسه‌های پلاستیکی کوچک و شفافی را داخل بطری قرار می‌دهید که شیر یا شیر خشک را نگه می‌دارد. مزیت این نوع بطری آن است که می‌توانید کیسه‌ی خالی شیر را دور بیندازید، و لازم نیست نگران استریل کردن محفظه‌ی پلاستیکی آن باشید. همچنین، از آنجا که کیسه‌ی پلاستیکی طوری طراحی شده که جمع شود، هوای کمتری وارد کیسه و معده‌ی نوزاد می‌شود.
- ✓ بعضی از بطری‌ها زاویه‌دار است، که امکان ورود هوای کمتری را با خوردن به نوزاد می‌دهد، و به نفخ کمتری منجر می‌شود.
- ✓ سرپستانک‌ها با تنوع زیادی وجود دارد. سرپستانک‌های نوزادان سوراخ کوچک‌تری دارد، و اندازه‌ی سوراخ با سن نوزاد افزایش می‌یابد (به‌طور کلی سرپستانک‌ها برای نوزادان، اندازه‌های ۳ تا ۶ ماهگی، و سپس اندازه‌های بزرگ‌تر برای نوزادان بزرگ‌تر است). سرپستانک‌های ارتدنسی، برای تناسب طبیعی‌تر طراحی شده است. برخی از سرپستانک‌ها از شیرابه (لاتکس) و برخی دیگر از سیلیکن ساخته شده‌اند، که شفاف است و بوی کمتری دارد. شاید نوزاد شما به شدت یک نوع از آن‌ها را بر دیگری ترجیح دهد یا زیاد متوجه تفاوت آن‌ها نشود.

شیر دادن به نوزاد با شیشه‌ی شیر

شاید مادر، مادربزرگ، یا هریک از دوستان شما از روی خیرخواهی به شما بگویند با جوشاندن شیشه‌های شیر آن‌ها را استریل کنید. ولی ما ــ و اکثر متخصصان اطفال ــ فکر می‌کنیم این اقدام غیرضروری است. مادری که خودش شیر می‌دهد، مجبور به جوشاندن نوک سینه‌هایش نیست!

بسیاری از والدین گرم کردن بطری‌های شیر نوزاد خود را انتخاب می‌کنند، ولی حرارت دادن ضرورتی ندارد. می‌توانید گرم کردن شیشه‌ی شیر را به طرق مختلفی انجام بدهید. می‌توانید بطری را در یک ظرف آب داغ قرار داده یا از یک بطری گرم‌کن استفاده کنید.



اگر برای گرم کردن شیشه‌ی شیر نوزاد خود از مایکروویو استفاده می‌کنید، مراقب باشید. ممکن است شیر به‌طور یکسان گرم نشود، و بعضی از قسمت‌های آن برای نوزاد بسیار داغ باشد. به هرحال، اگر بعد از گرم کردن شیشه را تکان دهید، شاید حرارت آن یکسان شود. حتماً برای اطمینان از دمای شیر، ابتدا مقداری از آن را روی مچ خود بپاشید.

به‌طور کلی نگه داشتن ته مانده‌ی شیر روش درستی نیست. با وجود این، برخی از متخصصان اطفال می‌گویند استفاده‌ی مجدد از شیر برای یک‌بار مانعی ندارد. بنابراین با دکتر نوزاد خود در این مورد صحبت کنید. هرگز شیشه‌ی پر شده از شیر را به مدتی طولانی خارج از یخچال نگذارید، زیرا گرما موجب رشد باکتری‌ای می‌شود که می‌تواند معده‌ی نوزاد شما را به هم بریزد.

بسیاری از انواع شیرخشک‌ها به صورت مخلوط به بازار آمده است، ولی برخی به‌صورت پودر یا به شکل مایع غلیظ عرضه می‌شود، که لازم است به هر دو آب افزوده شود. اشکال پودری یا کنسانتره (غلیظ) از قیمت کمتری برخوردار است، ولی ممکن است مانند انواع دیگر شیر خشک در همه‌جا قابل‌دسترس نباشد. (مثلاً برخی از شیر خشک‌های ضد آلرژی، به شکل‌های مخلوط و با قیمت گران‌تری عرضه می‌شود.)



بعضی از نوزادان نسبت به شیر خشک خود واکنش آلرژی‌زا نشان می‌دهند؛ ممکن است دچار به‌هم‌ریختگی معده یا بثورات پوستی بشوند. اگر نوزاد شما دچار حساسیت شد، با متخصص اطفال خود صحبت کنید. ممکن است مایل به تغییر شیر نوزاد بر مبنای سویا یا سایر شیر خشک‌های ضد آلرژی‌زا باشد.



به‌طور کلی متخصصان اطفال توصیه می‌کنند هرگز شیشه‌ی شیر را نباید با اتکا به بالش در دهان نوزاد راست نگه داشت، زیرا راست نگه داشتن شیشه دال بر تنها گذاشتن نوزاد است. همچنین، به پشت خواباندن نوزاد به همراه شیشه‌ای که راست

در دهان نگه داشته شده، امکان خفگی را بیشتر می‌کند. راست نگه داشتن شیشه همچنین می‌تواند باعث پوسیدگی دندان شود.

رایج‌ترین وضعیت برای شیر دادن به نوزاد، در آغوش گرفتن نوزاد در یک دست، نزدیک بدن خود است. یک بالش بر روی زانوهای خود بگذارید، تا از فشار روی دست‌ها و گردن بکاهد. اکثر والدین متوجه می‌شوند که نگه داشتن نوزاد در یک دست و در یک سمت همیشه راحت‌تر است. مثلاً، اگر راست دست باشید، شاید مایل باشید نوزاد خود را در دست چپ و شیشه‌ی شیر را در دست راست نگاه دارید. هنگامی که نوزاد کمی بزرگ‌تر شد و کنترل بهتری بر سر و عضلات گردن خود پیدا کرد، شاید مایل باشید برای تغییر روش، او را روبه‌روی خود در امتداد پاهایتان بخوابانید. بدین طریق، شما و نوزادان می‌توانید با یکدیگر تماس چشمی داشته باشید.

در اینجا توصیه‌هایی برای مادرانی که شیر خشک می‌دهند، آورده شده است:

- ✓ نوزاد را در حین شیر دادن زیاد نپوشانید یا زیاد گرمش نگه ندارید. ممکن است کودک آن‌قدر احساس راحتی کند که به‌جای شیر خوردن بخوابد.
- ✓ در اواسط شیر خوردن پوشک نوزاد را عوض کنید. این کار ممکن است در بیدار نگه داشتن او کمک بکند، تا بتواند مابقی شیر را تمام کند.
- ✓ اگر نوزاد برای پیدا کردن سرپستانک برای گذاشتن در دهانش دچار مشکل شده، ضربه‌ی ملایمی به گونه‌ی او بزنید، تا او به آن سمت بچرخد.
- ✓ برای امتحان از گرسنه بودن نوزاد، نوک انگشت خود را (انگشت تمیز) داخل دهان او برده و ببینید شروع به مکیدن می‌کند یا نه.
- ✓ شیشه را کمی کج نگه دارید، به‌طوری که سرپستانک کاملاً از شیر پر باشد، بدین طریق مقدار هوایی که نوزاد می‌خورد، به حداقل می‌رسد.

نکته

حداقل یک‌بار در نیمه‌ی شیر خوردن نوزاد خود را بلند کنید تا آروغ بزند و سپس بعد از اتمام شیر مجدداً این کار را انجام بدهید. (با توجه به شکل ۴-۱۳ برای انواع وضعیت‌های نگه داشتن نوزاد برای آروغ زدن.) نوزادان اغلب همراه با نوشیدن شیر مادر یا شیر خشک مقداری هوا می‌بلعند، و آروغ زدن به رهایی از آن کمک می‌کند. این کار آن‌ها را راحت‌تر کرده و قادر به خوردن بیشتر می‌کند.

کنار آمدن با دستگاه گوارشی در حال رشد نوزاد

نوزاد شما دارای دستگاه گوارش کاملاً تازه‌ای است، و چیزی که لازم است آشنایی کامل با طرز کار آن است. خلاصه‌ی کلام: نوزادان بالا می‌آورند. بسیار

زیاد. نوزادان تازه‌متولد چه از شـــیر مادر تغذیه شـــوند چه با شیر خشک، احتمالاً اغلب دو بار در روز اســـتفراغ می‌کنند. برای کنار آمدن با این پدیده، توصیه‌های زیر را امتحان کنید:

نکته

- ✔ هنگامـــی که نوزاد را برای آروغ زدن نگه می‌دارید یا او را بغل می‌کنید، یک پارچه بر روی شانه‌ی خود بگذارید تا مجبور نشوید مرتب لباس خود را عوض کرده، یا آن‌ها را خراب کنید.
- ✔ هنگام شیر خوردن و بعد از آن یک پیش‌بند کوچک برای نوزاد ببندید تا مجبور نشوید مرتب تمام لباس‌های نوزاد را عوض کرده یا آن‌ها را خراب کنید.
- ✔ پس از هر بار شیر خوردن، نوزاد را بلند کنید تا آروغ بزند. برای دیدن بعضی از رایج‌ترین وضعیت‌های نگه داشتن نوزاد، به شکل ۴-۱۳ رجوع کنید.
- ✔ اگر شـــیر خشـــک می‌دهید، به‌جای آنکه به نوزاد امکان نوشیدن کل شیر را به‌صورت یک‌جا بدهید، در نیمه‌ی راه او را برای آروغ زدن بلند کنید.
- ✔ بعد از خوردن شیر زیاد با نوزاد بازی نکنید. تکان‌تکان دادن نوزاد یا حرکت دادن او در اطراف می‌تواند به استفراغ بیشتری منجر شود.
- ✔ اگر مقدار استفراغ نوزاد شما زیاد و یا بسیار با شدت است، به متخصص اطفال خود اطلاع بدهید.

گاهی اوقات، بالا آوردن یا استفراغ چندین بار در روز، می‌تواند نشانه‌ای از شرایطی باشد که به آن بیماری جریان برگشتی (رفلاکس) معدی ــ مری، یا GERD گفته می‌شـــود، که یک اختلال گوارشـــی ناشی از اسید معده اســـت و از معده وارد مری می‌شود. اگرچه این مســـئله می‌تواند در هر سنی بروز کند، در نوزادان شایع است. در صورتی که نوزاد شـــما علایمی از جمله درد به هنگام اســـتفراغ، تحریک‌پذیری، گریه‌ی تسکین‌ناپذیر، عق زدن، خفگی یا امتناع از خوردن نشان می‌دهد، باید حتماً به متخصص اطفال خود اطلاع بدهید.

دکتر شما با انجام یک معاینه‌ی جسمانی و آزمایش‌های تشخیصی خاصی بیماری جریان برگشـــتی را تشـــخیص می‌دهد. این آزمایش‌ها ممکن است شامل مجموعه روده ـ معده‌ای فوقانی، آندوســـکوپی (قرار دادن یک لوله‌ی قابل انعطاف به همراه یک چراغ و لنز دوربین داخل اندام‌های فوقانی دســـتگاه گوارشـــی)، آزمایش pH و بررسی‌های تخلیه معده‌ای شود.

نیاز به درمان رفلاکس (جریان برگشـــتی)، به سن نوزاد شما، وضعیت کلی سلامت و سابقه‌ی پزشکی، میزان مشکل، تحمل نوزادتان برای داروها، مراحل و درمان‌های

خاص بستگی می‌یابد. گاهی اوقات رفلاکس را می‌توان از طریق تغییرات غذایی بهبود بخشید. این پیشنهادها را امتحان کنید:

- ✓ بعد از خوردن شیر، نوزاد خود را طوری روی شکم بخوابانید که بالاتنه‌ی او حداقل ۳۰ درجه بالا قرار گرفته باشد یا به مدت ۳۰ دقیقه او را به حالت نشسته نگه دارید.
- ✓ اگر با شیشه شیر می‌دهید، سرپستانک را پر از شیر نگه دارید تا نوزاد شما زیاد هوا نبلعد.
- ✓ برخی از مردم معتقدند که افزودن یک غلظت‌دهنده‌ی غذایی، مانند غله‌ی برنج، برای نوزادان با سن بیشتر می‌تواند مؤثر باشد.
- ✓ در طول مدت شیر خوردن، چند بار نوزاد خود را برای آروغ زدن نگه دارید.

بخش ٤

نگرانی‌های خاص

موج پنجم **اثر ریک تِننت**



«شاید چیزی راجع به ژنتیک ندانم، ولی این را می‌دانم که از وقت زایمانم گذشته و این از طرف خانواده‌ی توست که همیشه امور خانوادگی را به تأخیر می‌اندازند.»

در این بخش...

در واقع می‌توانید سرتاسر دوران بارداری خود را بدون یک‌بار خواندن این بخش سپری کنید، مخصوصاً اگر اولین فرزند خود را باردار باشید، دوقلو (یا بیشتر) باردار نباشید، و هیچ مشکلی نداشته باشید ــ حتی یک مورد بسیار جزئی ــ که مشکلی پیش بیاورد یا موجب ناراحتی شما شده باشد. ولی اکثراً، مواردی جزئی پیش می‌آید. سرما می‌خورید و نمی‌دانید چگونه بر دوران بارداری شما تأثیر می‌گذارد. جوش پوستی ناراحت‌کننده‌ای به‌وجود می‌آید. دو قلو یا بیشتر باردارید. یک مشکل پزشکی قابل ملاحظه یا عارضه‌ای دارید که باید به آن بپردازید. مهم نیست نگرانی شما از چیست، تمام آن‌ها را در این بخش آورده‌ایم. بیشتر از قسمت‌های دیگر کتاب، این بخش را طوری برایتان طراحی کرده‌ایم که برحسب شرایط خاصی که در آن قرار دارید، به‌طور مجزا بخوانید.

فصل ۱٤

بارداری‌های با ملاحظات خاص

در این فصل

- آغاز دیرتر پدری و مادری
- رویایی با چالش‌های زایمان‌های چندقلو
- بارداری فرزند دوم ... و سوم، چهارم، پنجم...
- عضوی از یک خانواده‌ی کاملاً امروزی شدن
- آماده کردن کودکان بزرگ‌تر برای ورود تازه‌وارد

از هر دو بارداری، هیچ‌یک مانند هم نیست. اگر مانند اکثر خانم‌ها باشید، خیلی زود متوجه می‌شوید تجربه‌ی شما به نوعی با هر دوست و آشنایی که با او صحبت کرده‌اید، متفاوت است. حالت تهوع شما در سه ماه اول به شدت خواهرتان نیست یا اینکه دل آشوبه‌ی صبحگاهی شما ۲۰ برابر شدیدتر از دوست صمیمی‌تان است. در تمام دوران بارداری خود با ورزش احساس راحتی می‌کنید، در حالی که دختر خاله‌ی شما میل به استراحت مطلق داشت. تفاوت‌های زیادی در حدود آنچه برای داشتن یک دوران بارداری طبیعی (متوسط) مورد توجه قرار گرفته اتفاق می‌افتد. ولی برخی از انواع خاص بارداری‌ها، ویژگی‌ها و چالش‌های خاص خود را دارد.

آگاهی نسبت به اهمیت سن و سال

همان‌طور که در حال حاضر بسیاری از زنان و مردان در سن باروری می‌دانند،چه یک پدر و چه مادر قریب‌الوقوع باشید، سن می‌تواند تأثیرگذار باشد. مشکلات و موضوعات خاصی می‌تواند برای مردان و زنانی بروز کند که در اواخر سنین ۳۰ یا بیشتر هستند و خود را برای بچه‌دار شدن آماده می‌کنند. مادران نوجوان نیز با چالش‌های منحصر به‌فردی مواجه می‌شوند.

مادران بالای ۳۰ سال (یا بیشتر)

از زمانی که تقریباً تمام زنان باردار در اوایل سنین ۲۰ و بسیاری از آن‌ها در سنین نوجوانی بودند، زمانی طولانی گذشته است. اکنون، تعداد بیشتری از زنان نه تنها تا اتمام تحصیلات خود از تشکیل خانواده سرباز می‌زنند، بلکه حداقل برای تثبیت زندگی خود به یک دهه زمان نیاز دارند. این روزها، طلاق نیز، بیشتر رایج شده و بسیاری از زنان از شوهر دوم خود صاحب فرزند می‌شوند، که اغلب زمانی است که سنین ۳۰ یا ۴۰ (و گاهی اوقات ۵۰) سالگی را سپری می‌کنند.

چه سنی زیاد پیر است؟ پاسخ زمانی است که به یائسگی می‌رسید، یا حتی چند سال زودتر، زمانی که بدن شما دیگر تخمک‌های سالم برای باروری و تبدیل به نطفه تولید نکند. ولی امروزه، به دلیل پیشرفت‌هایی که در فن‌آوری‌های مشارکتی در باروری صورت گرفته (باروری خارج از بدن یا IVF، که ممکن است تخمک‌ها از زن دیگری گرفته شده باشد)، حتی زنانی که از سن یائسگی نیز گذشته باشند، می‌توانند باردار شوند.

حفظ کنید

امروزه، پرسش ارزشمندتر این است: «در چه سنی به مراقبت برای مشکلات خاص نیاز است؟» و در اینجا، پاسخ دقیق‌تر می‌شود. هر خانمی که در طول دوران بارداری خود حداقل ۳۵ سال سن داشته باشد، تحت عبارت پزشکی سن مادری بالا یا AMA قرار می‌گیرد. (یک عبارت بی‌طرفانه، برای اطمینان ولی شاید نسبت به عبارات جایگزینی که هنوز نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد: زن باردار پیر، زن باردار جاافتاده، و به‌خصوص عبارت نامناسب زن باردار مسِن، کمتر توهین‌آمیز باشد.) دلیل انگشت‌گذاری بر روی مادران سن‌دارتر با هر عبارتی، این است که میزان وقوع ناهنجاری‌های کروموزومی معینی با بالا رفتن سن مادر افزایش می‌یابد. در ۳۵ سالگی، همان‌طور که در شکل ۱-۱۴ نشان داده شده است، خطرات در حد قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد.

در ۳۵ سالگی، خطر داشتن ناهنجاری کروموزومی در جنین آن‌قدر زیاد است که با خطر سقط جنین پس از انجام آمنیوسنتز (در حدود ۰/۵ درصد) برابر است. آزمایش ژنتیک ــ چه آمنیوسنتز چه نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی (برای توضیح هر دو مورد به فصل ۸ رجوع کنید) ــ به‌طور عادی در ایالات متحده برای زنان باردار بالای ۳۵ سال انجام می‌شود. در سایر کشورها، میزان سن ممکن است متفاوت باشد. (مثلاً، در انگلستان، میزان سن ۳۷ سالگی است.)

خبر خوش این است که به غیر از این افزایش در ناهنجاری‌های خاص کروموزومی، نوزادانی که از زنان بالای ۳۵ سال یا حتی بالای ۴۰ سال متولد می‌شوند، احتمالاً

ارتباط سن مادری و ناهنجاری‌های کروموزومی
(موالید زنده)

سن مادر	خطر سندرم دان	خطر کلی ناهنجاری‌های کروموزومی*
۲۰	۱/۱۶۶۷	*۱/۵۲۶
۲۱	۱/۱۶۶۷	*۱/۵۲۶
۲۲	۱/۱۴۲۹	*۱/۵۰۰
۲۳	۱/۱۴۲۹	*۱/۵۰۰
۲۴	۱/۱۲۵۰	*۱/۴۷۶
۲۵	۱/۱۲۵۰	*۱/۴۷۶
۲۶	۱/۱۱۷۶	*۱/۴۷۶
۲۷	۱/۱۱۱۱	*۱/۴۵۵
۲۸	۱/۱۰۵۳	*۱/۴۳۵
۲۹	۱/۱۰۰۰	*۱/۴۱۷
۳۰	۱/۹۵۲	*۱/۳۸۴
۳۱	۱/۹۰۹	*۱/۳۸۴
۳۲	۱/۷۶۹	*۱/۳۲۲
۳۳	۱/۶۰۲	۱/۲۸۶
۳۴	۱/۴۸۵	۱/۲۳۸
۳۵	۱/۳۷۸	۱/۱۹۲
۳۶	۱/۲۸۹	۱/۱۵۶
۳۷	۱/۲۲۴	۱/۱۲۷
۳۸	۱/۱۷۳	۱/۱۰۲
۳۹	۱/۱۳۶	۱/۸۳
۴۰	۱/۱۰۶	۱/۶۶
۴۱	۱/۸۲	۱/۵۳
۴۲	۱/۶۳	۱/۴۲
۴۳	۱/۴۹	۱/۳۳
۴۴	۱/۳۸	۱/۲۶
۴۵	۱/۳۰	۱/۲۱
۴۶	۱/۲۳	۱/۱۶
۴۷	۱/۱۸	۱/۱۳
۴۸	۱/۱۴	۱/۱۰
۴۹	۱/۱۱	۱/۸

شکل ۱-۱۴: همان طور که سن مادر افزایش می‌یابد، خطر بروز ناهنجاری‌های کروموزومی نیز در جنین بالا می‌رود.

Data of Hook (۱۹۸۱) و Hook et al (۱۹۸۳). از آنجا که اندازه‌ی نمونه برای برخی مداخلات نسبتاً کوچک است، حدود قابل اعتماد گاهی اوقات نسبتاً زیاد است. به هرحال، این ارقام برای مشاوره‌ی ژنتیک مناسب است. *XXX.47 شامل سنین ۳۲- ۲۰ سال نیست. (اطلاعات موجود نیست).

مانند هر نوزاد دیگری سـالم هسـتند. خود مادران نیز در معرض خطر بیش از حد متوسط برای بروز مسمومیت بارداری یا دیابت در دوران بارداری قرار می‌گیرند (به فصل‌های ۱۵ و ۱۶ رجوع کنید)، و احتمال نیاز به زایمان سزارین در آن‌ها افزایش می‌یابد. ولی این خطرات در حد فاحشـی بالا نیسـت، و در اکثر موارد، هر مشکلی که حاصل شود، جزئی است. به‌طور طبیعی، تجربه‌ی یک خانم با سن بالا در دوران بارداری، تا حد زیادی به وضعیت سـلامتی کلی او بستگی می‌یابد. اگر خانمی ۴۸ یا حتی ۵۰ سـال سن داشـته، ولی کاملاً سالم باشـد، به احتمال زیاد موفقیت او رضایت‌بخش است.

پدران نه چندان جوان

همان‌طور که پیشتر اشاره کردیم، دوران بارداری در زنان با سن بالا به‌دلیل افزایش خطر عوارض ژنتیکی، مسـتلزم بررسی دقیق و خاصی است. به همین صورت، باید تا اندازه‌ای برای بارداری‌هایی که مشـمول پدران مسن‌تر است نیز انگشت گذاشت. هیچ محدودیت سنی دقیقی برای «سن بالای پدری» وجود ندارد، ولی افراد بسیاری

سخنی در مورد بارداری‌های متفاوت

خدا را شکر که با فن‌آوری‌های کمکی باروری، زنان بالای ۴۰ سال، بیشتر و بیشتر باردار می‌شوند، حتی برخی از آنان دو قلو یا سه قلو باردار می‌شوند. بسیاری از این زنان با تخمک‌های خود، و بسیاری دیگر با تخمک‌های دیگران باردار می‌شوند. این زنان موضوعات منحصر به‌فردی دارند که باید به آن بپردازند، از جمله اینکه به فرزندان آتی، دوستان و اقوام چه بگویند. برخی، هنگامی که باردارند، با تعارضات ذهنـی در مورد هویت ژنتیکی بچه مواجه می‌شوند؛ نگرانند اینکه فرزند آن‌ها از نظر بیولوژیکی مربوط به شـخص دیگری است، چه معنایی دارد. ولی اغلب، این نگرانی‌ها زمانی که زن حرکت بچه را درون خود احسـاس می‌کند، از بین می‌رود، و اگر نه، به محض آنکه بچه به‌دنیا بیاید، برطرف می‌شود. والدین (حتی والدین فرزندانی که به روش قدیمی باردار شـده‌اند) اغلب بعد از دیدن نوزاد جدید خود متوجه می‌شوند هویت هر کودکی منحصر به‌فرد اسـت، و اینکه اصل و نژاد ژنتیکی آن‌قدر اهمیت ندارد که فکـرش را می‌کردند. بنابراین منطقی است زنانی که با تخمک‌های اهدایی باردار شده‌اند، به‌طور کلی، پس از چند روز مراقبت از نوزاد جدید متوجه می‌شـوند مانند هر مادری از لحاظ «بیولوژیکی» هر لحظه‌ی مادرانه را احساس می‌کنند. این امر برای پدران فرزندانی که از اسپرم اهدایی بارور شده‌اند نیز صحت دارد. هر چه تعداد افرادی که با تخمک‌های اهدایی یا اسـپرم تکثیر داده‌شده صاحب فرزند شـده‌اند بیشتر می‌شود، کل این تجربه، کم کم بـرای افرادی که درگیر آن می‌شوند، راحت‌تر می‌شود.

۴۵ یا ۵۰ سالگی را به کار می‌برند (اگرچه برخی استدلال می‌کنند که باید درست مانند خانم‌ها ۳۵ سالگی باشد).

در حالی که برای خانم‌ها اصلی‌ترین خطر ژنتیکی، داشتن جنینی با ناهنجاری کروموزومی است (از همه شایع‌تر داشتن کروموزوم اضافی است)، برای مردان خطر جهش خود به خود ژن در اسپرم است که می‌تواند به به‌وجود آمدن کودکی مبتلا به یک اختلال اتوزومی[1] غالب، مانند آکوندروپلازی[2] (نوعی کوتولگی) یا بیماری هانینگتون[3] منجر بشود. تنها یک نسخه از یک ژن ناهنجار می‌تواند باعث این نوع مشکل شود. (مثلاً، فیبروز کیستی یا کم‌خونی سیکل سل ــ در اختلالات ژنتیکی نهفته‌ی معروف ــ دو نسخه از ژن ناهنجار برای بروز مشکل مورد نیاز است.) با وجود این، اختلالات اتوزومی غالب بسیار نادر، و آزمایش برای بسیاری از آنان غیرممکن است، به همین دلیل هیچ آزمایشی به‌صورت عادی برای پدران با سن بالا وجود ندارد.

مادران بسیار جوان

دوران بارداری در زنان نوجوان مجموعه نگرانی‌های متفاوتی را به‌وجود می‌آورد. اگرچه این گروه سنی در معرض افزایش ناهنجاری‌های کروموزومی نیست، این زنان ممکن است با درصد بیشتری از برخی نقص عضوهای مادرزادی مواجه شوند. زیرا مادران نوجوان به عادات غذایی کمتر از حد مطلوب گرایش دارند، همچنین با درصد بیشتری از نوزادان کم‌وزن در هنگام تولد مواجه‌اند. همچنین مادران نوجوان در معرض خطر بیشتری برای بروز مسمومیت بارداری قرار دارند، و به احتمال زیاد از طریق سزارین زایمان می‌کنند، و احتمال کمتری برای شیردهی دارند. این مادران جوان بنا بر شرایط منحصر به‌فرد خود، به راهنمایی و مشاوره‌ی ویژه نیاز دارند. اگر شما یک مادر نوجوانید، شما را ترغیب می‌کنیم از مراقبت‌های دوران بارداری کافی برخوردار باشید، از یک رژیم غذایی سالم پیروی کرده، و مزایای شیردهی را مد نظر داشته باشید.

---

۱. اتوزومی (خودتن): یکی از ۲۲ جفت کروموزوم انسان به غیر از کروموزوم‌های جنسی. هر کروموزومی غیر از کروموزوم های جنسی اتوزوم نامیده می شود. م.

۲. گورزایی: متوقف شدن رشد استخوان‌های دراز و کوتاه ماندن قد. اختلالی است مربوط به ایجاد غضروف در جنین که به نوعی کوتولگی منجر می‌شود. م.

۳. داءالرقص، کره: بیماری عصبی که با حرکات غیرارادی نامنظم مشخص می‌شود. در این بیماران حتی حرکات ارادی نیز ناگهانی است. م.

داشتن دوقلو یا بیشتر

ممکن اســت داشتن دوقلو، برای کســی که هرگز با واقعیت آن مواجه نشده باشد، آسان به نظر برسد. این موضوع هم می‌تواند «لذتی مضاعف» باشد و هم یک کابوس زندگی (دو برابر شــدن کار و نصف شدن خواب). دوقلوها پیچیده‌اند، همان‌طور که هر مادری که دوقلو دارد، در صورتی که بخواهید، می‌تواند ساعت‌ها و ساعت‌ها برای شما صحبت کند. در واقع، می‌توانید یک کتاب کامل را با توصیه‌های والدین دوقلوها، سه قلوها و بیشتر پر کنید. و اگر چنین کتابی نوشته می‌شد، قسمت اول آن در حد نسبتاً زیادی باید در مورد تجربه‌ی دوران بارداری برای خانم‌هایی که دوقلو یا بیشتر باردار بودند، اختصاص می‌یافت.

اگر در انتظار سه‌قلو یا بیشترید، آنچه به‌طور کلی برای دوقلوها اعمال می‌شود، برای سه قلوها (یا بیشتر) نیز به کار برده می‌شود، فقط در حدی وسیع‌تر.

اگرچه طیف گسترده‌ای از دوران بارداری دوقلوها بی‌دردسر پیش رفته و به تولد دو نوزاد زیبای ســالم می‌انجامد، خطراتی هم برای مادر و هم جنین‌ها وجود دارد. در نتیجه، اکثر پزشکان از خانم‌هایی که دوقلو باردارند، می‌خواهند که برای معاینات دفعات بیشــتری نسبت به سایر مادران مراجعه کنند، و همچنین ممکن است بررسی‌های سونوگرافی بیشتری را در برنامه‌ی کار خود قرار بدهند.

تعداد بارداری‌های دوقلو بســیار بیشــتر از تعداد دوقلوهایی است که در واقع به‌دنیا می‌آیند. بسیاری از بارداری‌هایی که به‌عنوان دوقلو شروع می‌شود، به‌دلیل آنکه یکی از جنین‌ها هرگز به‌وجود نیامده است، با تک‌زایی پایان می‌یابد. در بسیاری از موارد، یکی از جنین‌ها قبل از تشــخیص بارداری از بین می‌رود (که به دوقلوی محوشــده معروف است). درصد زایمان‌های دوقلو معمولاً در حدود یک‌درصد از تمام زایمان‌ها تخمین زده شده است. با وجود این، میزان آن در حال افزایش است، که اساساً ناشی از به‌کارگیری روش‌های باروری است.

سابقه‌ی نژادی و خانوادگی می‌تواند احتمال دوقلو داشتن را افزایش بدهد؛ خانم‌های خاصــی ذاتاً احتمال تخمک‌گذاری بیش از یک تخــم را در یک دوره دارند. اگر در خانواده‌ی شما دوقلو وجود دارد، به پزشک خود اطلاع دهید.

میزان وقوع سه‌قلویی طبیعی بسیار نادر است ـ در حدود یک در ۷۰۰۰. چهار قلویی طبیعی یا بیشتر بی‌نهایت نادر است. با وجود این، با افزایش استفاده از داروهای باروری، میزان وقوع بارداری‌های سه‌قلو در چند سال گذشته ده برابر افزایش یافته است.

نگاهی به انواع چندقلوها

دوقلوها هم می‌توانند تک‌تخمکی و هم می‌توانند دوتخمکی باشند. این عبارات قدیمی به‌طور کامل نحوه‌ی به‌وجود آمدن دوقلوها را توصیف نمی‌کند. دوقلوهای تک‌تخمکی بسیار به هم شبیه و همیشه از یک جنسند. از یک نطفه به‌وجود می‌آیند، به این معنا که محصول پیوند یک تخم و یک اسپرم هستند. (به عبارت دیگر، تک‌تخمکی هستند: از یک نطفه به‌وجود آمده‌اند.) دقیقاً دارای ژن‌های مشابه با یکدیگرند، که شباهت آن‌ها را معلوم می‌کند. در ایالات متحده، تقریباً یک‌سوم از دوقلوها تک‌تخمکی هستند. یک تخم می‌تواند به سه قسمت تقسیم شود، که به سه‌قلوهای تک‌تخمکی منجر می‌شود، ولی این امر بسیار غیرمعمول است.

یک زن زمانی که بیش از یک تخم تخمک‌گذاری کند، دوقلوی دو تخمکی باردار می‌شود، و دو اسپرم مختلف دو تخمک را بارور و سپس به‌طور همزمان داخل رحم او لانه‌گزینی می‌کند. این دوقلوهای دوتخمکی ـــ که از دو تخم بارور شده به‌وجود می‌آیند ـــ در مجموعه‌ی ژن‌های تک‌تخمکی مشترک نیستند. در عوض آرایش ژنتیکی آن‌ها مانند هریک از فرزندانی است که از یک پدر و مادر متولد می‌شوند. فقط به‌طور همزمان به‌دنیا می‌آیند. می‌توانند هم‌جنس باشند، یا جنسیت مخالف همدیگر را داشته باشند. تقریباً دوسوم از تمام دوقلوهایی که به‌طور طبیعی در ایالات متحده بارور شده‌اند، دوتخمکی هستند. در صورتی که سه تخمک بارور شود، نتیجه سه‌قلوهای سه‌تخمکی می‌شود. یک بارداری سه‌قلو همچنین می‌تواند شامل دو جنین تک‌تخمکی و یک جنین تشکیل‌شده از تخمک بارورشده‌ی دوم باشد که در نتیجه به دو نوزاد یک‌تخمکی یکسان و یک نوزاد غیریکسان دوتخمکی منجر می‌شود.

احتمال بارداری دوقلوی یک‌تخمکی در یک زن پس از ۳۵ سالگی افزایش می‌یابد. در عوض احتمال بارداری دوقلوی دوتخمکی در یک زن (به‌دلیل آنکه در هر ماه بیش از یک تخم تخمک‌گذاری می‌کند) تا حدود ۳۵ سالگی زیاد است و سپس کاهش می‌یابد. بعضی خانواده‌ها سهم آماری بیشتری از دوقلوهای دوتخمکی دارند. دوقلویی دوتخمکی به احتمال زیاد زمانی بیشتر می‌شود که یک زن از داروهای باروری مصرف می‌کند، زیرا این داروها امکان تخمک‌گذاری بیشتر از یک تخم را بالا می‌برد. البته، خانمی که داروهای باروری مصرف می‌کند، با وجود این می‌تواند یک تخم تولید کرده که بارور می‌شود و بعد به دو قسمت برای تشکیل دوقلوهای یک‌تخمکی تقسیم می‌شود.

تشخیص یک تخمکی یا دو تخمکی بودن چندقلوها

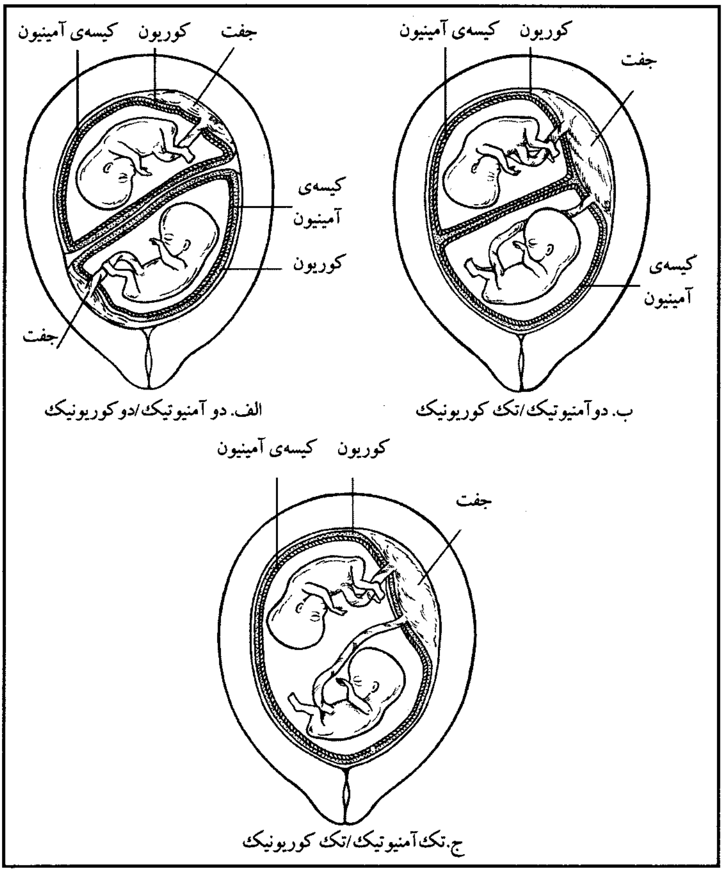
بسیاری از خانم‌هایی که دوقلو باردارند، از دکتر خود یا دکتری که سونوگرافی می‌کند، در طول انجام سونوگرافی می‌پرسند آیا می‌تواند بگوید دوقلوها تک‌تخمکی یا دوتخمکی‌اند. در بعضی موارد تکنسین یا دکتر شما می‌تواند بگوید؛ اگر بتوانید ببینید که بچه‌ها دارای دو جنسیت مخالفند، می‌دانید دوتخمکی‌اند. اگر از یک جنس باشند، هم می‌توانند دوتخمکی و هم یک‌تخمکی باشند. در صورتی که هم‌جنس باشند، یا در صورتی که جنسیت جنین‌ها هنوز قابل رؤیت نباشد، یافته‌های دیگری بر سونوگرافی، می‌تواند حاکی از یک‌تخمکی بودن دوقلوها باشد، از جمله:

- ✓ تخمی که بعد از باروری بسیار زود تقسیم می‌شود، در دو سه روز اول، به دو نطفه با دو جفت و کیسه‌ی آب مجزا منجر می‌شود. به این وضع دوآمنیوتیکی/ دوکوریونیکی می‌گویند (شکل الف ۲ – ۱۴). در سونوگرافی، هیچ تفاوتی با دوقلوهای دوتخمکی ندارند که از دو تخم مجزا بارور شده‌اند.
- ✓ اگر یک تخم بین روزهای سوم و هشتم بعد از باروری تقسیم شود، دوقلوهای حاصل در دو کیسه‌ی آب جداگانه ولی یک جفت مشترک هستند (شکل ب ۲-۱۴). دکتر ممکن است از عبارت دوآمنیوتیکی/ یک‌کوریونیکی برای توصیف وضعیت استفاده کند. اگر در سونوگرافی، دکتر شما یا تکنسین سونوگرافی بتواند دوقلوهایی را ببیند که یک جفت مشترک دارند، احتمال یک‌تخمکی بودن آن‌ها وجود دارد. (هرچند، به‌خاطر داشته باشید گاهی به‌دلیل نزدیک بودن زیاد جفت‌ها در کنار هم، امکان تشخیص یک یا دو تا بودن آن در سونوگرافی مشکل می‌شود.) به هرحال، ضخامت پرده‌ای که کیسه‌ها را از یکدیگر جدا می‌کند، سرنخ دیگری به‌دست می‌دهد ـ با دو جفت جداگانه، یک پرده‌ی ضخیم دو کیسه را از هم جدا می‌کند، در حالی که پرده‌ی جنینی با یک جفت، بسیار نازک است.
- ✓ تخمی که گاهی بین روزهای ۸ و ۱۳ بعد از باروری تقسیم می‌شود، در نتیجه دوقلوهایی حاصل می‌کند که نه تنها یک جفت مشترک دارند، بلکه در یک کیسه‌ی آب نیز هستند (شکل ج ۲ -۱۴). به چنین دوقلوهایی تک‌آمنیوتیکی/ تک‌کوریونیکی گفته می‌شود. در صورت انجام سونوگرافی و بررسی، دکتر با دیدن دوقلوهای مشترک در یک کیسه‌ی آب، می‌تواند مطمئن شود که یک‌تخمکی‌اند. این امر بسیار نادر است (یک‌درصد از تمام دوقلوها، یا یک در ۶۰۰۰۰ بارداری).
- ✓ تخمی که بعد از روز سیزدهم بارداری تقسیم می‌شود، به دوقلوهای به هم چسبیده یا سیامی منجر می‌شود، که بی‌نهایت نادر است.

یک سونوگراف ماهر می‌تواند از علایم نامحسوسی برای کمک به تفکیک انواع گوناگون دوقلوها استفاده کند. سونوگراف تعیین می‌کند که آیا دوقلوها دارای دو جفت جداگانه‌اند یا نه، و موضوعی که اهمیت کمتری دارد، در واقع یک‌تخمکی یا دوتخمکی بودن آن‌ها را تعیین می‌کند. تعیین نوع تشکیل جفت (یک‌کوریونیکی یا دوکوریونیکی) در سه‌ماهه‌ی اول، آسان‌تر و در سه‌ماهه‌ی دوم یا سوم مشکل‌تر است.

حفظ کنید

از آنجا که انواع گوناگون دوقلوها با خطرات و مشکلات متفاوتی مرتبطند، اطلاع از نوع دوقلویی از اهمیت زیادی برخوردار است. اگر علایم سونوگرافی مبهم، و وضعیت پزشکی حاکی از اهمیت تشخیص نوع دوقلویی به‌طور خاص باشد، با انجام آمنیوسنتز می‌توان برای بررسی‌های خاص پاسخ این سؤال را داد. به این آزمایش‌ها مطالعات تخمیدگی گفته می‌شود و به یک آزمایش پیشرفته، مانند آمنیوسنتز، نمونه‌برداری



الف. دو آمنیوتیک/دو کوریونیک
ب. دوآمنیوتیک/تک کوریونیک
ج. تک آمنیوتیک/تک کوریونیک

شکل ۲-۱۴: پزشک اغلب می‌تواند با مشاهده‌ی جفت(ها) و کیسه‌ی آب از راه سونوگرافی نوع دوقلوها را بگوید.

از پرزهای کوریونی (CVS) یا نمونه‌برداری از خون جنین (به فصل ۸ رجوع کنید) نیاز دارد.

بررسی سندرم دان در بارداری‌های دوقلو یا بیشتر

سال‌های بسیاری، رایج‌ترین روش بررسی بارداری‌ها از نظر سندرم دان (منگولیسم)، اندازه‌گیری شاخص‌های خون مادر در هفته‌ی ۱۶ بارداری بود (فصل ۸). دقت این آزمایش برای دوقلوها همچنان مناسب است، ولی برای سه‌قلوها یا بیشتر، در نهایت کمکی نمی‌کند. روش تازه‌تر در بررسی سندرم دان در سه‌ماهه‌ی اول دوران بارداری، (شفافیت پشت گردن، فصل ۸) به‌خصوص برای مادرانی که دوقلو باردارند، امیدبخش است، زیرا دکتر می‌تواند از هر جنین میزان شفافیت پشت گردن را به‌دست آورد. بنابراین خطر داشتن سندرم دان مختص به خود آن جنین است. با وجود این، قضاوت راجع به نقش دقیقی که شاخص‌های سرم در خون مادر در این شرایط ایفا می‌کند، هنوز ناممکن است. می‌تواند در مورد دوقلوها کمک کند، ولی برای سه قلوها یا بیشتر، احتمالاً مؤثرترین روش تنها اندازه‌گیری شفافیت پشت گردن خواهد بود.

آزمایش ژنتیک در بارداری‌های دو قلو یا بیشتر

نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی و آمنیوسنتز در دوقلوها یا بیشتر کمی پیچیده‌تر است. دو مشکل اصلی، اطمینان از نمونه‌برداری از هر جنین به‌طور جداگانه و آلوده نشدن بافت برداشته شده از جنین‌ها با یکدیگر است. در مورد دوقلوهای یکسان، این موضوع حیاتی نیست، زیرا جنین‌ها آرایش ژنتیکی یکسانی دارند. در صورت یافتن ناهنجاری ژنتیک (یا عدم ناهنجاری‌های ژنتیک) در یکی از جنین‌ها، برای دیگری نیز تقریباً همیشه مصداق دارد. ولی برای دوقلوها، سه‌قلوها یا چندقلوهای غیریکسان، آزمایش هریک از آن‌ها به‌طور جداگانه ضروری است.

آمنیوسنتز

آمنیوسنتز (فصل ۸) رایج‌ترین روش برای آزمایش ژنتیکی در بارداری‌های چندجنینی است. در این روش لازم است برای آزمایش از هر جنین یک سوزن جداگانه وارد رحم شود. البته آمنیوسنتز تحت راهنمایی سونوگرافی انجام می‌شود. پس از آنکه دکتر مقداری مایع از جنین اول برمی‌دارد، سوزن را برای تزریق یک ماده‌ی آبی‌رنگ بی‌ضرر (که به آن ایندیگو کارمن گفته می‌شود)، در موضع می‌گذارد تا داخل کیسه‌ی آمنیوتیک جنین تزریق کند. (نگران نشوید ـ یک اسمارف[1] به‌دنیا نمی‌آورید. این

۱. یک شخصیت کارتونی به رنگ آبی است. م.

رنگ آبی به مرور جذب می‌شود.) سپس، اگر مایع از سوزن دوم شفاف بیرون آمد (نه آبی)، دکتر می‌فهمد که از کیسه‌ی دوم نمونه برداشته است. اگر بیشتر از دو جنین داشته باشید، دکتر به هریک از کیسه‌های پیاپی بعد از برداشتن مایع، چند قطره رنگ آبی اضافه می‌کند.

نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی

نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی یا CVS (فصل ۸)، می‌تواند در بارداری‌های چندجنینی تا حدی دشوار باشد، ولی دکترهای با تجربه معمولاً می‌توانند از عهده‌ی کار برآیند. در بعضی موارد، جفت‌ها در وضعیتی قرار دارند که نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی از لحاظ تکنیکی غیرممکن است. در چنین مواردی، برای مادر امکان انجام آمنیوسنتز کمی دیرتر در دوران بارداری (در حدود ۱۵ تا ۱۸ هفتگی، به‌جای ۱۲ هفتگی برای نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی) وجود دارد.

نگه داشتن حساب بچه‌ها

دکتر قبل از زایمان، بچه‌های شما را با دوقلوی الف و دوقلوی ب (یا برای سه قلوها، الف، ب، ج) نام‌گذاری می‌کند. این نام‌گذاری دکترتان را به برقراری ارتباط با شما و دیگران (پرستاران و سایر پرسنل پزشکی) قادر می‌کند تا بداند کدام بچه کدام است و پیشرفت هر بچه را به‌طور جداگانه و مداوم در طول دوران بارداری دنبال کند. به‌طور قراردادی، جنینی که به دهانه‌ی رحم نزدیک‌تر است (مدخل رحم)، به‌عنوان دوقلوی الف (یا سه قلوی الف) نام‌گذاری می‌شود. معمولاً این بچه اول به‌دنیا می‌آید. در بارداری سه‌قلو، بالاترین بچه (نزدیک به قفسه‌ی سینه) به‌عنوان سه‌قلوی ج نامیده می‌شود. (برخی بیماران اسامی هنرمندانه‌ی خود را ارائه می‌دهند. یک بیمار سه قلویی داشتیم که نام بچه‌های خود را قبل از زایمان ایتسی، بیتسی و دیتسی گذاشته بود تا بتواند حساب آن‌ها را نگه دارد.)

زندگی روزانه در طول بارداری چندقلو

اگرچندقلو باردارید، هیچ یک از مواردی که در این کتاب نوشته‌ایم، نادیده نگیرید. دوران بارداری شما به طرق بسیاری مانند هرکس دیگری سپری می‌شود. تفاوت، همان‌طور که از قبل می‌دانید، این است که تجربه‌تان به طرق مختلفی شدیدتر است: شکم شما بزرگ‌تر می‌شود، ممکن است حالت تهوع شما شدیدتر باشد، آمنیوسنتز شما (اگر دارید) کمی دشوارتر است (همان‌طور که پیشتر در این فصل توضیح

دادیم)، و زایمان ممکن است طولانی‌تر باشد. برای سه قلوها یا بیشتر، این تغییرات و نشانه‌های جسمانی حتی بیش از حد است. به‌علاوه، در چندقلوها عوارض خاصی نسبت به تک‌زایی تکرار می‌شود. در فهرست زیر، بسیاری از روش‌هایی را که ممکن است تا حدی متفاوت تجربه کنید، توضیح می‌دهیم:

- ✓ **فعالیت:** در گذشــته، دکترها به خانم‌هایی که دوقلو باردار بودند، از هفته‌ی ۲۴ تا ۲۸ به اســتراحت مطلق توصیه می‌کردند. به هرحال، اطلاعات نشان می‌دهد زنانی که استراحت مطلق داشته‌اند، نسبت به دیگران کمتر با زایمان زودرس یــا نوزادان کم‌وزن مواجه می‌شــوند. چه نیاز به کاهش فعالیت‌های خود بنا بر سابقه‌ی قبلی از زایمان داشته باشید چه دوران بارداری شما بدون دردسر هفته به هفته پیش رود، در صورت بروز زایمان زودرس یا مشکلاتی در رابطه با رشد جنین، دکتر به شما توصیه می‌کند خونسردی خود را حفظ کنید. در رابطه با سه‌قلوها یا بیشتر، مزیت کار مشخص نیست، ولی بسیاری از متخصصان زنان و زایمان در ابتدای سه‌ماهه‌ی دوم به‌طور عادی به استراحت مطلق توصیه می‌کنند.
- ✓ **رژیم غذایی:** بسیاری از کارشناسان توصیه می‌کنند زنانی که دوقلو باردارند، روزانه ۳۰۰ کالری بیشتر از مقدار مورد نیاز برای دوران بارداری تک‌جنینی (به عبارت دیگر، روزانه ۶۰۰ کالری بیشتر از مصرف قبل از بارداری) مصرف کنند. برای سه‌قلوها و بیشتر، هیچ اتفاق نظری وجود ندارد، ولی قطعاً میزان غذای شما باید تا حدی بیشتر شود.
- ✓ **آهن و فولیک اسید:** زنانی که دوقلو، سه‌قلو یا بیشتر باردارند، خطر بیشتری برای بروز کم‌خونی دارند، که به‌خاطر کم‌خونی رقیق‌شده (فصل ۴) به آهن و فولیک اسید بیشتری نیاز دارند. دکترها برای خانم‌هایی که دوقلو یا چند جنین باردارند، قرص‌های مکمل آهن و فولیک اسید توصیه می‌کنند.
- ✓ **حالت تهوع:** اکثر زنانی که دوقلو یا بیشــتر باردارند، قطعاً نســبت به زنان تک‌جنینی، حالت تهوع و استفراغ شــدیدتری در اوایل دوران بارداری خود دارند. این حالت تهوع ممکن است در ارتباط با میزان بیشتری از hCG (یک هورمون بارداری) باشــد که در جریان خــون جریان دارد. مقدار هورمون در بارداری‌های دوقلو یا با جنین‌های بیشتر بالاتر است. خبر خوش آن است که حالت تهوع و استفراغ برای مادران چندقلو، همچون مادران تک‌فرزند، معمولاً در اواخر سه‌ماهه‌ی اول از بین می‌رود.
- ✓ **معاینات دکتر در دوران بارداری:** پزشک شما احتمالاً بیشتر از مادرانی که یک فرزند باردارند، معاینات عادی خود را انجام می‌دهد. به این معنا که فشار

خون، وزن، و ادرار شـــما در هر مراجعه کنترل می‌شود. ولی از آنجا که بیش از یک جنین باردارید، پزشکتان از شما می‌خواهد به دفعات بیشتری مراجعه کنید. بعضی از پزشکان برای اطمینان از عدم باز شدن زودرس دهانه‌ی رحم، به‌طور عادی معاینه‌ی داخلی انجام می‌دهند؛ عده‌ای دیگر پیشنهاد می‌دهند دهانه‌ی رحم شما از طریق بررسی با سونوگرافی کنترل شود. از طرفی دیگر، در صورتی که علایمی از درد زودرس نداشته باشید، شاید دکتر تصمیم بگیرد که نیازی به این بررسی‌های اضافی ندارید.

- ✓ **بررسی‌های سونوگرافی:** اکثر پزشکان توصیه می‌کنند مادرانی که دوقلو یا بیشتر باردارند، هر چهار تا شش هفته یک‌بار در طول دوران بارداری، به منظور کنترل رشد جنین، سونوگرافی انجام بدهند. اگر با هر نوع مشکلی روبه‌رو باشید، این بررسی‌ها ممکن است به تکرار بیشتری نیاز داشته باشد. با وجود بیش از یک جنین، دکتر نمی‌تواند با استفاده از اندازه‌گیری ارتفاع قله‌ای رحم، میزان رشد را ارزیابی کند. و به‌دلیل آنکه زنانی که دوقلو، سه‌قلو یا چندقلو باردارند بیشـــتر در معرض خطر بروز مشـــکلاتی در رابطه با رشد جنینند (به مبحث «محدودیت رشد داخل رحمی» بعداً در این فصل مراجعه کنید)، انجام این بررسی‌های منظم سونوگرافی از اهمیت زیادی برخوردار است.
- ✓ **اضافه‌وزن:** متوســط اضافه‌وزن برای بارداری‌های دوقلو، ۱۵ تا ۲۰ کیلوگرم است. ولی میزان دقیق وزنی که اضافه می‌کنید، به وزن قبل از بارداری شما بســـتگی دارد. انستیتو پزشکی توصیه می‌کند مادرانی که دوقلو باردارند، در طول ســـه‌ماهه‌ی دوم و ســـوم در هفته حدود نیم کیلوگرم وزن اضافه کنند. مطالعات اخیر نشان می‌دهد شما می‌توانید با محاسبه‌ی شاخص توده‌ی بدن (به فصل ۴ رجوع کنید) قبل از بارداری، به میزان رشد مطلوب دست یابید، و اینکه اضافه وزن در سه‌ماهه‌های اول و دوم از اهمیت خاصی برخوردار است. دکترها از هفته‌ی ۳۴ برای سه‌قلوها اضافه وزن ۲۰ تا ۲۳ کیلوگرم و بیش از ۲۳ کیلوگرم را برای چهارقلوها توصیه می‌کنند.

شروع درد و زایمان با دوقلوها

حفظ کنید

تقریباً همیشـــه، زایمان زنانی که سه‌قلو باردارند، از طریق سزارین انجام می‌شود. با وجود این، اخیراً برخی مطالعات حاکی از آن است‌که تحت شرایط بسیار خاص و با ضوابط بسیار دقیق، زایمان طبیعی برای بارداری‌های سه‌قلو ممکن است. از آنجا که اکثر ســـه‌قلوها از طریق سزارین به‌دنیا می‌آیند، بخش بعدی وضعیت‌های زایمان و وضع حمل را برای خانم‌هایی که دوقلو باردارند، مطرح کرده است.

دوران بارداری اغلب برای مادرانی که دوقلو دارند بدون دردسر پیش می‌رود، ولی درد و زایمان باز می‌تواند پیچیده باشد. به همین دلیل، توصیه می‌کنیم خانم‌هایی که بیش از یک جنین باردارند، در یک بیمارستان، جایی که پرسنل برای کنترل بروز هرگونه عوارض احتمالی حضور داشته باشند، زایمان کنند.

با فرض آنکه بچه‌ها دوره‌ی کامل را سپری کرده‌اند، فرزندان شما می‌توانند در وضعیت‌های متفاوتی قرار بگیرند. اساساً، وضعیت‌های آنان به سه صورت امکان‌پذیر است:

- ✓ هر دو جنین می‌توانند در وضعیت سر ته (ورتکس) باشند، همان‌طور که در حدود ۴۵ درصد از بارداری‌های دوقلو به این شکل است (به شکل الف ۳-۱۴ نگاه کنید). هنگامی که بچه‌ها در این وضعیت باشند، زایمان طبیعی ۶۰ تا ۷۰ درصد از مواقع با موفقیت انجام می‌شود.
- ✓ جنین اول می‌تواند سرته ولی دومی در این حالت نباشد، همان‌طور که در ۳۵ درصد از موارد به این شکل است، احتمال انجام سزارین بیشتر است، مگر آنکه پزشک بتواند بچه‌ی دوم را به وضعیت سرته بچرخاند. اینکه چرخاندن بچه با زبردستی به این روش عاقلانه است یا نه، موضوعی است که در بین پزشکان به بحث و مناظره منجر شده است. انتخاب دکتر شما برای چرخاندن بچه یا به‌دنیا آوردن او با وضعیت ته، به آموزش، تجربه و تعصب حرفه‌ای او بستگی می‌یابد.
- ✓ جنین اول می‌تواند در وضعیت ته (بریچ) یا عرضی (به‌صورت افقی در امتداد رحم) باشد، و جنین دوم می‌تواند در وضعیت ته، سرته یا عرضی قرار داشته باشد؛ همان‌طور که تقریباً در ۲۰ درصد از مواقع به این صورت است (به شکل‌های ب ۳-۱۴ و ج۳-۱۴ نگاه کنید).

با هریک از این ترکیب وضعیت‌ها، در صورتی که بچه‌ها نارس باشند، راه‌های انتخابی ممکن است متفاوت باشد. در هر مورد، قبل از زمان زایمان با دکتر خود در مورد احتمالات مشورت کنید.

رسیدگی به موضوعات خاص برای مادرانی که چندقلو دارند

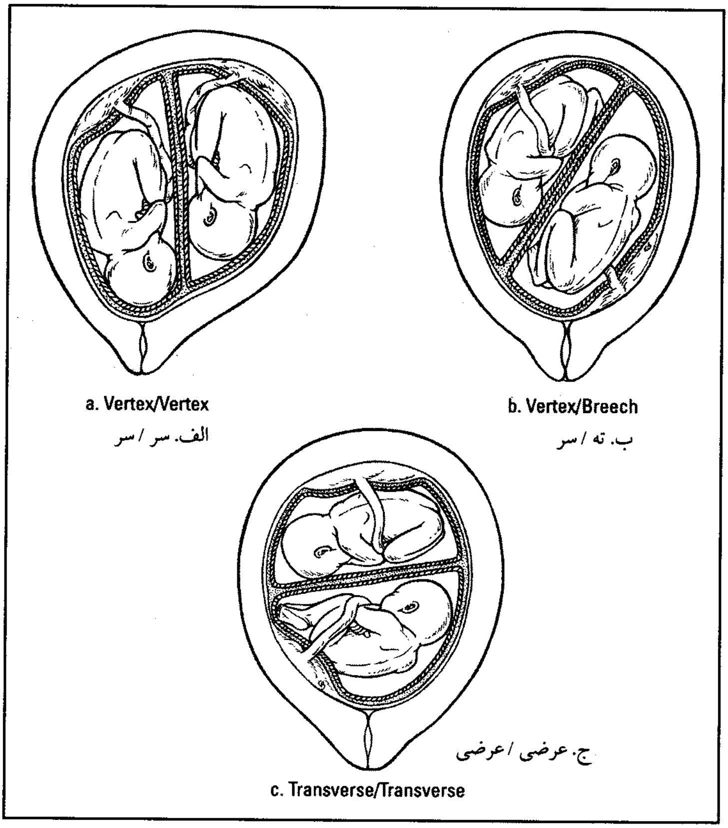
اگر دوقلو یا سه‌قلو (یا بیشتر) باردارید، دکترتان، به‌دلیل خطر عوارض خاصی که در بارداری‌های چندقلو بیشتر است، شما را بیشتر تحت نظر می‌گیرد. موضوعات زیر، مواردی است که او مراقب است.

نگران نباشید

نگذارید این فهرست موجب وحشت شما بشود. موضوع مهم این است که از مشکلات احتمالی آگاه باشید تا در صورت بروز، شما و پزشکتان بتوانید آن‌ها را به موقع تشخیص داده و به نحو مناسبی کنترل کنید که بهترین نتیجه‌ی ممکن را برای شما داشته باشد.

زایمان زودرس

بیشترین خطری که در زمان بارداری بیش از یک بچه با آن مواجه می‌شوید، این است که ممکن است دچار درد و زایمان زودرس شوید. طول متوسط دوران بارداری برای یک بچه ۴۰ هفته است، ولی برای بارداری دوقلو تنها در حدود ۳۶ هفته؛ برای سه‌قلوها، ۳۳ تا ۳۴ هفته؛ و برای چهارقلوها، در حدود ۳۱ هفته است. دوران بارداری زمانی کامل می‌شود که ۳۷ هفته یا بیشتر ادامه یابد. زایمان زودرس به لحاظ تخصصی بین ۲۴ تا ۳۷ هفتگی است، ولی اکثر نوزادانی که در ۳۵ یا ۳۶ هفتگی به‌دنیا می‌آیند، به‌طور کلی مانند نوزادانی که بعد از ۳۷ هفتگی به‌دنیا می‌آیند، سالم هستند.



شکل ۳-۱۴: سه وضعیت احتمالی دوقلوها قبل از زایمان.

بسیاری از خانم‌ها بدون آنکه فرزندان خود را زودتر به‌دنیا بیاورند، در وضعیت درد زودرس قرار می‌گیرند. حدود ۸۰ درصد از مادرانی که سه‌قلو و ۴۰ درصد از مادرانی که دوقلو دارند، با درد زودرس مواجه می‌شوند، ولی تمام آن‌ها زودتر زایمان نمی‌کنند. (به جزئیات مربوط به درد زودرس زایمان، درفصل ۱۵ رجوع کنید.)

ناهنجاری‌های کروموزومی

هنگامی که بیش از یک جنین داشته باشید و یکسان نباشند، احتمال اینکه یکی از آن‌ها دارای ناهنجاری کروموزومی باشد، تا اندازه‌ای بیشتر است. در نهایت، هر بچه خطر خاص خود را برای برخی ناهنجاری‌ها دارد و خطرات اضافه می‌شود. مادران تک فرزند، در ۳۵ سالگی به‌عنوان سن بالای مادری در دوران بارداری در نظر گرفته شده‌اند، همان‌طور که در این فصل پیشتر آن را توضیح دادیم. ولی در بارداری‌های دوقلویی که از دو تخم مجزا تشکیل شده باشد، سن بالای مادری ۳۳، و در سه‌قلوها، ۳۱ یا ۳۲ در نظر گرفته شده است. این‌ها همه به خانم‌هایی مربوط می‌شود که آزمایش‌های ژنتیکی برایشان در نظر گرفته شده است و قبلاً به آن اشاره کردیم.

دیابت

به‌دلیل آنکه درصد دیابت‌های دوران بارداری با دوقلوها یا چندقلوها بیشتر است، بسیاری از پزشکان توصیه می‌کنند تمام خانم‌هایی که بیش از یک جنین باردارند، برای این وضعیت بررسی شوند. (به فصل ۱۶ رجوع کنید).

فشار خون و مسمومیت بارداری

فشار خون (فشارخون بالا) در بارداری‌های چندجنینی شایع‌تر است. میزان خطر نسبت به تعداد جنین‌های موجود نسبی است. برخی خانم‌ها تنها دچار فشار خون بالا، بدون علایم یا نشانه‌های جسمانی دیگری می‌شوند. عده‌ای دیگر تحت یک شرایط منحصر به‌فرد بارداری قرار می‌گیرند که به آن مسمومیت بارداری گفته می‌شود که شامل فشار خون بالا به همراه ادم (ورم) و وجود پروتئین در ادرار (به توضیح مسمومیت بارداری در فصل ۱۵ رجوع کنید) است. ۴۰ درصد از مادرانی که دوقلو باردارند و ۶۰ درصد یا بیشتر از سه‌قلوها، به نوعی فشار خون در دوران بارداری دچار می‌شوند. به همین دلیل، پزشکتان مراقب فشار خون شماست.

محدودیت رشد داخل رحمی

مشکلات مربوط به رشد جنینی در همه‌جا از ۱۵ تا ۵۰ درصد از تمام دوقلوها بروز می‌کند. مشکل حتی در سه قلوها و در جنین‌هایی که یک جفت مشترک دارند، شایع‌تر است. در مورد وجود یک جفت، ممکن است خون به‌طور یکسان به دوقلوها نرسد، که باعث می‌شود یکی از دوقلوها مواد غذایی بیشتری نسبت به دیگری دریافت کند. در چندقلوهایی که جفت‌های متفاوت دارند، محدودیت رشد، زمانی حاصل می‌شود

که یک جفت در وضعیت مطلوب‌تری در رحم لانه‌گزینی کرده باشد و بنابراین مواد غذایی بهتری نسبت به دیگری تأمین می‌کند. احتمالاً دکتر شما در دوران بارداری برای کنترل رشد مناسب هر دوی (یا هر سه) جنین‌ها، سونوگرافی‌های منظمی را در دستور کار خود می‌گنجاند.

سندرم انتقال خون دوقلوها

سندرم انتقال خون دوقلوها مختص دوقلوهایی است که یک جفت مشترک (تک‌کوریونیکی) دارند. در برخی موارد، جفت تک شامل رگ‌های خونی‌ای است که بین دو جنین به هم وصل می‌شود. این ارتباط، دو جنین را به تبادل خون قادر می‌کند، و امکان انتشار خون را به صورت نابرابر می‌دهد. جنینی که خون بیشتری دریافت می‌کند، بزرگ‌تر شده و مایع آمنیوتیک بیشتری تولید می‌کند، در حالی که جنینی که خون کمتری دریافت می‌کند، ممکن است از کاهش رشد آسیب ببیند و مایع آمنیوتیک در حد قابل ملاحظه‌ای در کیسه‌ی او کاهش یابد. این شرایط می‌تواند بسیار جدی باشد، ولی خوشبختانه، تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد از دوقلوهای تک‌کوریونیکی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد.

کاهش بارداری چندجنینی

برخی از دکترها روش کاهش بارداری چندجنینی را به منظور کاهش تعداد جنین‌هایی که یک زن باردار است انجام می‌دهند تا امکان به‌دنیا آوردن نوزادان سالمی را افزایش دهند. دکترها در زمانی که حداقل سه جنین زنده ماندنی ناشی از درمان‌های باروری داشته باشند، به‌دلیل خطر زیاد زایمان زودرس در صورتی که همه‌ی جنین‌ها نگه داشته شوند، از این روش بیشتر استفاده می‌کنند. همچنین، برخی از خانم‌هایی که دوقلو باردارند، مایلند بارداری خود را به یک جنین کاهش دهند. معمولاً یک متخصص طب مادری ـ جنینی عمل کاهش بارداری چندجنینی را در طی هفته‌ی آخر از سه‌ماهه‌ی اول، بین ۹ تا ۱۳ هفتگی در مرکز مخصوصی انجام می‌دهد. میزان خطر هنگامی که این روش را یک متخصص باتجربه که آموزش خاص در این زمینه دیده انجام دهد، در حد قابل قبولی پایین است. نکته‌ی مهم پیدا کردن تمام راه‌های انتخابی امکان‌پذیر است تا در حد ممکن، از اطلاعات زیادی برای گرفتن بهترین تصمیم برخوردار باشید.

سقط جنین اختیاری

روند سقط جنین اختیاری می‌تواند در یک بارداری چندجنینی با سقط یکی از جنین‌ها زمانی که یک ناهنجاری شدید وجود داشته باشد، مورد استفاده قرار گیرد. یک متخصص طب مادری ـ جنینی می‌تواند این کار را در صورتی که جنین‌ها جفت‌های جداگانه داشته باشند، انجام بدهد؛ بدین ترتیب دارویی که

مورد استفاده قرار می‌گیرد، نمی‌تواند عبور کرده و به جنین سالم آسیب برساند. در مورد دوقلوهای یکسان که یک کیسه‌ی آمنیوتیک مشترک دارند، راه‌های دیگری موجود است (از دکتر خود بپرسید). تنها مراکز معدودی در ایالات متحده این کار را انجام می‌دهند.

بارداری مجدد

دکترها و والدین برای زمان مطلوب بارداری مجدد اتفاق‌نظر ندارند. احتمالاً یکی از مهمترین ملاحظات وضعیت سلامتی کلی شماست. اگر بتوانید به‌سرعت بعد از زایمان به وزن ایده‌آل بدن قبل از بارداری برسید، و اگر بتوانید مواد مغذی و ویتامین‌های از دست‌رفته را (مخصوصاً آهن و کلسیم) از دوران بارداری قبلی خود دوباره فراهم کنید، آنگاه احتمالاً می‌توانید نسبتاً زود ــ در حدود شش ماه تا یک سال بعد از زایمان ــ به فکر بارداری مجدد باشید. با وجود این در صورتی که دچار مشکل، زایمان دشوار یا خونریزی شدید بوده‌اید، قبل از اقدام مجدد صبر کنید تا بدنتان وضعیت بهتری به‌دست آورد.

نکته

همچنین از خود بپرسید تفاوت سنی ایده‌آل مورد نظر شما برای فرزندانتان چقدر است. بسیاری از مردم احساس می‌کنند داشتن فرزندانی با فاصله‌ی سنی کم بهتر است؛ بدین‌ترتیب فرزند بزرگ‌تر سال‌ها در نقش تک‌فرزند نمی‌ماند و بنابراین ممکن است زمانی که نوزاد جدید به‌دنیا می‌آید، زیاد احساس حسادت نکند. عده‌ای دیگر احساس می‌کنند فاصله‌ی سنی بیشتر بین فرزندان بهتر است، بدین‌ترتیب که فرزند بزرگ‌تر آن‌قدر بزرگ شده باشد که بتواند با خواهر یا برادر جدید خود کنار بیاید. از همه مهم‌تر آن است که شما و همسرتان چه احساسی دارید و چقدر برای داشتن فرزندی دیگر آمادگی داشته باشید. تصمیم‌گیری ممکن است به مسائل عاطفی، مالی و همچنین جسمانی نیز منوط باشد. از خودتان بپرسید آیا از عهده‌ی فشار کاری و هزینه‌های ناشی از نگه‌داری یک فرزند دیگر برمی‌آیید یا نه.

آگاهی نسبت به میزان تفاوت در هر بارداری

به‌طور طبیعی، هر مادری بارداری دوم خود را با اولی مقایسه می‌کند، ولی هر بارداری‌ای متفاوت است. اگر دوران بارداری قبلی شما بدون دردسر سپری شد، شاید فکر می‌کنید هر اتفاق جزئی که در دوران بارداری بعدی پیش بیاید، غیرعادی بوده و نشانه‌ای از وجود مشکلی است. متقابلاً، اگر دوران بارداری اول شما مشکل بوده باشد، نیازی نیست فکر کنید همان مشکلات دوباره اتفاق می‌افتد. و مهم نیست دیگران به شما چه می‌گویند. به‌خاطر داشته باشید علایم متفاوت به این معنا نیست

که جنسیت فرزند شما با فرزند اول فرق داشته باشد. به منظور آشنایی با برخی از خرافات زنانه در مورد پیشگویی جنسیت بچه، به فصل ۱۹ رجوع کنید.

مواردی وجود دارد که ممکن است بارداری دوم (یا سوم یا چهارم)خود را به گونه‌ای متفاوت تجربه کنید:

- ✓ بسیاری از خانم‌ها احســاس می‌کنند بارداری آن‌ها زودتر نمایان می‌شود یا حداقل شکم آن‌ها نفخ بیشتری دارد و بزرگ‌تر شده است. این وضعیت ممکن است به‌دلیل واقعیتی باشد که عضلات شکم آن‌ها با زایمان قبلی کشیده شده و اکنون شل‌تر است.
- ✓ بســیاری از خانم‌ها متوجه می‌شــوند که حالت تهوع آن‌ها به شدت بار اول نیست، و عده‌ای دیگر متوجه می‌شوند شدیدتر شده است.
- ✓ معمولاً می‌توانید حرکت جنین را زودتر احساس کنید.
- ✓ مدت درد معمولاً کوتاه، و زایمان آسان‌تر است.
- ✓ بســیاری از خانم‌ها متوجه می‌شوند انقباضات برکستون ـ هیکس را زودتر و به دفعات بیشتری نسبت به فرزند اول خود احساس می‌کنند. (برای اطلاعات بیشتر در مورد انقباضات برکستون ـ هیکس، به فصل ۷ رجوع کنید.)
- ✓ اکثر خانم‌ها در دوران بارداری دوم خود اضطراب کمتری دارند.

موضوعی که یکســان باقی می‌ماند: شاید باورش مشکل باشد، فرزند دوم خود را به اندازه‌ی فرزند اول دوست خواهید داشت.



بسیاری از خانم‌ها در دوران بارداری سوم خود، به‌طور شایع با نوع خاصی از نگرانی مواجه می‌شوند: احساس می‌کنند چون بارداری‌های اول و دوم آن‌ها مطلوب و بدون مشکل بوده است، سومی با مشکلاتی مواجه می‌شود. بسیاری احساس می‌کنند برای دو بار پیاپی خوش‌شانس بوده‌اند، و این بار برای بار سوم به شانس خود لگد می‌زنند. اگر چنین احساسی دارید، ما را باور کنید، تنها نیستید. به‌خاطر داشته باشید امکان بروز مشــکل در دوران بارداری ســوم ذاتاً بیشتر نیست، حتی اگر دو مورد قبلی به راحتی سپری شده باشد.

زایمان طبیعی بعد از یک زایمان سزارین

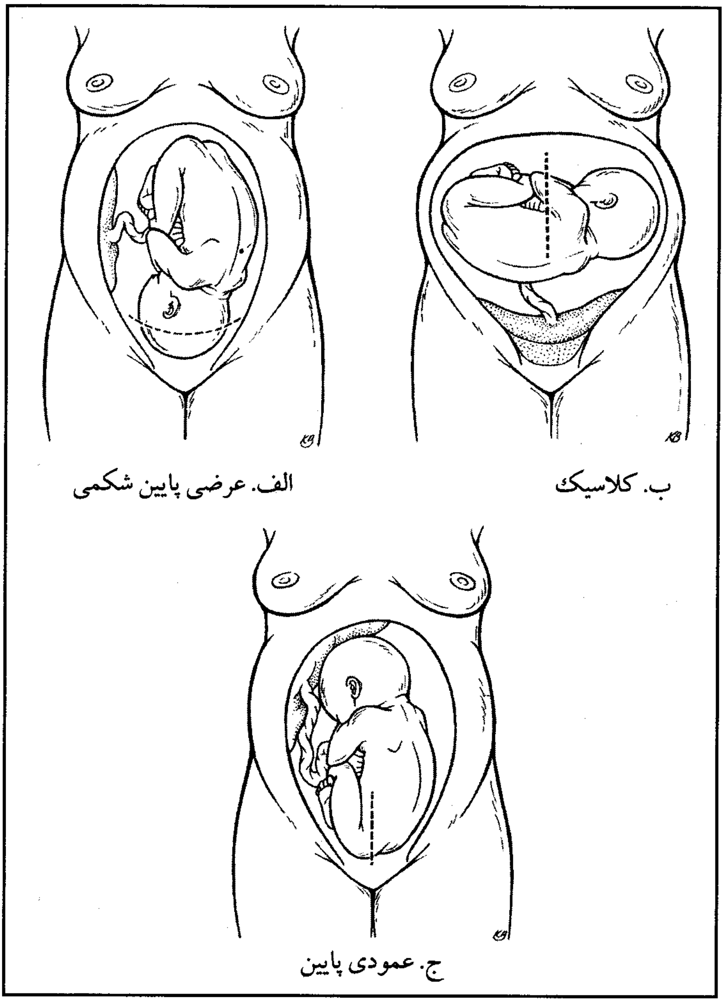
در صورتی که قبلاً سزارین شده و مجدداً باردار شده‌اید، شاید در فکر باشید که آیا این بار می‌توانید زایمان طبیعی داشته باشید یا اینکه به سزارین مجدد نیاز دارید. پاسخ تا اندازه‌ای، به نوع سزارینی که در زیر ذکر شده بستگی می‌یابد:

- ✓ **برش عرضی در زیر شــکم:** اکثر ســزارین‌ها از طریق یک برش عرضی در پایین شــکم انجام می‌شــود (در امتداد لگن در پایین‌ترین قسمت رحم؛ به شــکل الف ۴-۱۴.) خانم‌هایی که این نوع بــرش را دارند، معمولاً می‌توانند در بارداری‌های بعدی، مادامی که عوامل مشــکل‌زای دیگری نداشته باشند، زایمان طبیعی داشته باشند.
- ✓ **روش کلاسیک:** در صورت انجام روشی که به‌عنوان سزارین کلاسیک معروف اســت، که یک برش عمودی در قسمت بالای رحم انجام می‌شود (شکل ب ۴-۱۴)، ســعی نکنید در بارداری‌های بعدی زایمان طبیعی انجام دهید، زیرا احتمال پارگی این نوع برش وجود دارد. برش‌های عمودی گاهی در مواردی انجام می‌شود که زایمان بسیار زودرس یا جفت سرراهی باشد (فصل ۱۵)، یا زمانی که رحم مادر یک شکل غیرطبیعی یا فیبروم‌های بزرگ دارد.
- ✓ **بــرش عمــودی در پایین شــکم:** برش عمودی در پایین شــکم (شــکل ج ۴-۱۴)، نسبت به برش افقی زیر شکم، کمتر صورت می‌گیرد، ولی به مادر امکان مبادرت به زایمان طبیعی را در بارداری‌های بعدی می‌دهد.

حفظ کنید

برشــی که بر روی پوســت‌تان ایجاد می‌شود، نشــان‌دهنده‌ی نوع برشی نیست که بر روی رحم شما ایجاد شده است. به عبارتی دیگر، ممکن است بر روی پوست خود یک برش عرضی (برش خط بیکینی) داشــته باشید، ولی با وجود این بر روی رحم برش عمودی داشته باشید.

دکترها فکر می‌کنند بعد از اینکه خانمی زایمان ســزارین داشــت، تمام نوزادان او باید به همین طریق به‌دنیا بیایند و مبادرت به زایمان طبیعی، پاره شــدن رحم را از طریق زخم کهنه‌ی سزارین به خطر می‌اندازد. ولی مطالعات نشان می‌دهد خطر چنین پارگی‌ای کاملاً کم است: کمتر از نیم درصد. سایر مطالعات اخیر نشان می‌دهد که ۷۰ درصد مواقع، خانم‌هایی که ســزارین انجام داده بودند، می‌توانند با موفقیت زایمان طبیعی داشــته باشــند. البته، احتمال موفقیت تا اندازه‌ای به علت سزارین انجام شده در بار اول، بستگی می‌یابد. اگر دکتر شما به‌دلیل آنکه بچه در وضعیت ته قرار داشته این کار را انجام داده، احتمال آنکه بچه‌ی بعدی با زایمان طبیعی به‌دنیا بیاید، تقریباً ۹۰ درصد اســت. اگر سزارین به‌دلیل درشت بودن بچه و عدم تناسب با لگن مادر انجام شــده باشد، احتمال زایمان طبیعی در آینده به ۵۰ تا ۶۰ درصد کاهــش می‌یابد. برخی از بیمارســتان‌های کوچک‌تر به انجام زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC) برای بیماران خود قادر نیستند، زیرا قابلیت مواجهه با احتیاجات خاص (مانند حضور ۲۴ ســاعته‌ی متخصص بیهوشــی در ۷ روز هفته) مورد نیاز را برای انجام این کار ندارند.



شکل ۴-۱۴: انواع مختلف برش‌های رحمی.

چرا می‌خواهید فرزند بعدی خود را طبیعی به‌دنیا بیاورید؟ مزیت اصلی آن است که در صورت موفقیت، دوران نقاهت شما بسیار کوتاه‌تر می‌شود. با این حال، اگر درد بکشید و سپس با یک سزارین دیگر خاتمه یابد، مطالعات نشان می‌دهد میزان مشکلات، بیشتر از زمانی خواهد بود که مستقیماً بدون درد یک سزارین دیگر تکرار شود. یک مزیت امکان‌پذیر دیگر زایمان طبیعی، آن است که اغلب با درد بعد از زایمان کمتری در ارتباط است. با این حال، گرچه اکثر بیماران درد مرتبط با زایمان طبیعی را کمتر از درد مربوط به زایمان سزارین می‌دانند، برخی زایمان‌های طبیعی به نوبه‌ی خود عوارض دردناکی دارد. برای اطلاعات بیشتر به فصل ۱۰ رجوع کنید.

سایر مزایای زایمان طبیعی شامل موارد زیر است:

- ✓ میزان خطر کمتری از انواع عوارض مربوط به جراحی شکمی از جمله:
  - * مشکلات بیهوشی
  - * آسیب‌های سهوی به اندام‌های مجاور
  - * عفونت
  - * امکان لخته شدن خون ناشی از عدم تحرک به مدت طولانی
- ✓ برای برخی از خانم‌ها، مزیت روانی ناشی از تجربه‌ی زایمان طبیعی
- ✓ مدت اقامت کمتر در بیمارستان
- ✓ در برخی مطالعات نشـــان داده شـــده، نوزاد در صورتی که به صورت طبیعی به‌دنیا بیاید، ترشحات خود را به‌طور مؤثرتری تخلیه می‌کند

با این حال، قطعاً با خطراتی مواجه می‌شوید: در صورتی که به زایمان طبیعی مبادرت کرده، ولی موفق نشوید، دوران نقاهت شما ممکن است طولانی‌تر از زمانی بشود که مجدداً سزارین به‌صورت اختیاری تکرار شود.

نگاهی به مادران مجرد و خانواده‌های غیرسنتی

زنان مجرد یا بیوه‌ای که بچه‌دار می‌شوند، روز به روز شایع‌تر می‌شود. اگر در زمره‌ی یکی از این مقوله‌ها هستید، مشورت با پزشکتان در مورد شرایط حائز اهمیت است. در مورد امکان تمسخر یا قضاوت دکتر درباره‌ی خود نگران نباشید. پزشکان آموخته‌اند در برابر تمام نیازهای بیماران خود حساس باشند، و شما از این قاعده مستثنا نیستید. اگر به نظر رسید پزشکتان در مورد شرایط شما مشکل دارد، بهتر است هرچه زودتر به سراغ کسی بروید که درک بیشتری داشته باشد.

در بسیاری از دوران بارداری مادران مجرد، پدر بچه حضور فیزیکی ندارد. اما سعی کنید اطلاعاتی در مورد سابقه‌ی خانوادگی و نژادی پدر به دست آورید. بدین ترتیب شما و پزشکتان می‌توانید به هرگونه مداخله‌ی ژنتیکی بپردازید. (فصل ۵.)

اگر پدر برای تمام مراحل حضور ندارد، سعی کنید یک شبکه‌ی حمایتی برای خود بســـازید. اگر یک مادر مجردید، شاید یک یا چند نفر را (اعضای خانواده یا دوستان نزدیک) برای سهیم کردن در دوران بارداری، درد و زایمان انتخاب کنید. مورد مهم نیســـت، افراد حامی خود را در مراجعات دوران بارداری به پزشـــک، یا کلاس‌های دوران بارداری با خود همراه کنید، که همراه داشـــتن آن‌ها در مراحل درد و زایمان کاملاً مناسب است.

آماده کردن فرزند (یا فرزندان) برای یک تازه‌وارد

بسیاری از والدین به امید داشتن فرزند دوم هستند، مخصوصاً به این دلیل که برای فرزند اول خود خواهر یا برادری فراهم کنند. ولی ممکن است فرزند اول شما این استدلال را راحت درک نکند. ممکن است او کاملاً از تک‌فرزند بودن خود راضی و خوشحال باشد، و ممکن است ماه‌ها یا سال‌ها طول بکشد تا فرزند اولی، قدر دومی را بداند. برای آن دسته از شما که در انتظار فرزند دوم، یا سوم یا چهارم (یا بیشتر!) هستید، در بخش‌های بعدی نظریاتی در مورد نحوه‌ی کمک در آماده‌سازی فرزند(ان) بزرگ‌تر برای ورود تازه‌وارد ارائه شده است.

توضیح بارداری

سختی یا آسانی معرفی یک خواهر یا برادر جدید کاملاً به سن خواهر یا برادر بزرگ‌تر بستگی دارد. توضیح در مورد یک بچه‌ی جدید به یک نوجوان ۱۵ ساله آسان است؛ ولی پرداختن به این موضوع با یک بچه‌ی ۱۵ ماهه می‌تواند دشوار باشد. و زیر سؤال رفتن زمانی آغاز می‌شود که به فرزند اول بگویید باردارید. یک کودک دو ساله درک کمی از زمان دارد و شاید درک نکند که مامان پیش از آمدن بچه تا چند ماه باردار است. ممکن است از اینکه بچه نمی‌تواند فوراً بیاید، دلسرد شود. بنابراین اعلام بارداری خود را به فرزند بسیار خردسال خود تا سه‌ماهه‌ی دوم یا سوم بارداری خود به تأخیر بیندازید تا سؤال هرروزه‌ی او که نی‌نی کی می‌آید، اسباب دردسر شما نشود.

اگر فرزند شما به قدر کافی بزرگ است ــ حداقل ۲ تا ۳ سال دارد ــ شاید مایل باشید او را همراه خود هنگام مراجعه به دکتر برای معاینات دوران بارداری، بررسی‌های سونوگرافی یا زمانی که برای بچه خرید می‌کنید، ببرید. (هنگام آن نوع خرید، هدایای کوچکی برای فرزند خود بخرید تا احساس نکند نادیده گرفته شده است.) کودکی که به قدر کافی بزرگ باشد، شاید دوست داشته باشد در بحث انتخاب اسم برای نوزاد جدید نیز شرکت کند.

نکته

اگر در نظر دارید کودک را به اتاق جدیدی انتقال بدهید یا تخت نرده‌دار او را به تخت معمولی تغییر بدهید، قبل از به‌دنیا آمدن بچه این تغییر را انجام دهید. این تغییر به فرزند بزرگ‌تر شما امکان فرصتی برای عادت می‌دهد، بنابراین شرایط جدید مستقیماً با ورود نوزاد جدید مرتبط نمی‌شود.

هنگامی که به اواخر دوران بارداری خود نزدیک می‌شوید، اگر فرزند شما شروع به لوس بازی کرد یا به‌طور غیرعادی مثل کنه به شما می‌چسبید و وابسته شد، تعجب نکنید. بسیاری از کودکان زمانی که می‌بینند مادرشان از نظر جسمانی بزرگ‌تر می‌شود،

یا زمانی که به‌طور اتفاقی گفتگوهایی را در مورد آمدن قریب‌الوقوع نوزاد می‌شنوند، احساس می‌کنند اوضاع در حال تغییر است. در طول این مدت، از او حمایت کرده و به او عشق بورزید. تا حد امکان فرزند خود را برای تدارک کارها شرکت دهید. به‌خاطر داشـــته باشید گرچه داشتن یک خواهر یا برادر جدید به شیوه‌های قابل پیش‌بینی تقریباً بر روی تمام کودکان تأثیرگذار است، هر کودکی منحصر به‌فرد است، و نحوه‌ی واکنش شما تا حد زیادی به شخصیت او بستگی می‌یابد.

فراهم کردن مقدمات نگه‌داری از کودک برای زایمان شما

مســـلماً، لازم اســـت در فکر کســـی برای نگه‌داری از فرزندتان در زمانی که شما و همسرتان برای به‌دنیا آمدن نوزاد جدید می‌روید، باشید. اگر زایمان شما برنامه‌ریزی شـــده باشد (به این معنا که ســـزارین برنامه‌ریزی شده یا القای درد اختیاری داشته باشـــید)، برنامه‌ریزی نسبتاً آسان اســـت. ولی اکثر خانم‌ها دقیقاً نمی‌دانند لحظه‌ی بزرگ چه موقعی فرا می‌رســـد. و با وجود این لازم اســـت از قبل آماده باشـــید. اگر درد زایمان به‌طور طبیعی در نیمه‌شـــب آغاز شـــود، مایلید فرزند شما از قبل برای آنچه اتفاق خواهد افتاد و مشـــخص کردن فردی که در غیاب شـــما از او نگه‌داری خواهد کرد، آماده باشـــد. به فرزند خود اطمینان دهید که حالتان خوب خواهد بود و اینکه او می‌تواند خیلی زود برای دیدن شما و نوزاد جدید به بیمارستان بیاید. در صورت امکان، از بیمارستان به فرزند خود تلفن بکنید و بگویید حالتان خوب است؛ مخصوصاً اگر مدت درد شما طولانی‌تر از حد معمول باشد. در حال حاضر بسیاری از بیمارستان‌ها ساعات ملاقات ویژه‌ای برای خواهر یا برادر دارند، و می‌توانید از قبل جزئیات آن را پرسش و جو کنید.

نکته

یک جفت هدیه بسته‌بندی کرده و با خود به بیمارستان ببرید ـ یکی برای فرزندتان که به نوزاد جدید بدهد و یکی از طرف نوزاد که به کودک بدهد.

آمدن به خانه

در طی چند روز اولی که خواهر و برادرهای جدید در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند، ممکن است شما از میزان انطباق، شادمانی و هیجان فرزند بزرگ‌تر خود شگفت‌زده شوید. بخشی از این رفتار علاقه‌ی بی‌غل و غش است. ولی به‌خاطر داشته باشید که بخش دیگر قضیه ممکن اســـت مبادرت فرزند بزرگ‌تر برای ســـهیم شدن در جلب

توجه از طریق نوزاد جدید باشد. برخی از کودکان برای مدت کوتاهی در کنار آمدن با مسئله مشکل پیدا می‌کنند؛ عده‌ای دیگر ابتدا خوب برخورد می‌کنند، ولی بعدها رقابت طولانی‌تری با خواهر یا برادر خود پیش می‌گیرند. اگر فرزند شما از نظر برخی نقطه‌عطف‌هــای تکاملی پس‌رفت کرد، تعجب نکنید. مثلاً، کودکی که قبلاً قادر به استفاده از توالت بوده، ممکن است متوسل به شب ادراری شود. یا ممکن است کودکی شروع به مکیدن شست دست کند یا به‌سختی بخوابد. شاید متوجه شوید هنگامی که در حال شیر دادن هستید، فرزند بزرگ‌تر شما به‌خصوص حسادت کند. در این دوره، نیاز کودک خود را برای اطمینان بیشتر از اینکه همچنان او را دوست دارید و اینکه نوزاد جدید به هیچ‌وجه جای او را در قلب شما نگرفته، درک کنید.

برای او توضیح بدهید قلب شــما به‌قدر کافی بزرگ است که بیش از یک کودک را دوست داشته باشید. در صورت امکان، به فرزند بزرگ‌تر خود امکان مشارکت در کمک را برای مراقبت از نوزاد بدهید. میزان «کمکی» که فرزند شما قادر به برآوردن آن است، بستگی به سن او دارد، ولی حتی کودکان خردسال هم می‌توانند در صورت نیاز شما به یک پوشک، بروند و یک پوشک بیاورند یا در حمام کردن نوزاد کمک کنند. اگر گاهی فرزندتان به سمت شما یا نوزاد پرخاشگری کرد، تعجب نکنید. معمولاً، این اقدامات پرخاشگرانه بی‌ضرر است، ولی در طی این مراحل اولیه‌ی انطباق، فرزند خود را بدون نظارت با نوزاد تنها نگذارید. شاید او نداند که بعضی روش‌ها برای نگه‌داری از نوزاد ممکن است مضر باشد.

شــاید چندین ماه بگذرد تا فرزند بزرگ‌تر شما احساس امنیت کند، ولی در نهایت اکثر کودکان با موفقیت با تغییر کنار می‌آیند. بسیاری از مواقع دوستان، همسایگان و خانواده برای نوزاد جدید هدایایی می‌آورند. باز یادآور می‌شــویم که پنهان کردن تعدادی اسباب‌بازی‌های جدید و ارزان‌قیمت برای فرزند بزرگ‌تر، می‌تواند فکر خوبی برای پیشگیری از حسادت بیش از حد باشد. با ابراز علاقه‌ی بیشتر و درک کودک، می‌توانید به فرزند خود در این دوره‌ای که می‌تواند مشکل باشد، کمک کنید.

فصل ۱۵

هنگامی که وضعیت پیچیده می‌شود

در این فصل

- شروع درد بسیار زودتر از موعد
- آگاهی نسبت به مشکلات مرتبط با فشار خون
- کنترل وضعیت جفتی و میزان مایع آمنیوتیک
- پیگیری میزان رشد بچه
- بررسی موضوعات خونی
- کنترل وضعیت ته (بریچ)
- انتظار برای بچه: زمانی که درد به‌موقع شروع نمی‌شود

بخش عمده‌ای از بارداری‌ها وقایع بدون دردسر و غیرپیچیده‌ای است، که کاملاً به تنهایی به واسطه‌ی مادر طبیعت به‌خوبی سپری می‌شود. هرچند، گاهی، دوران بارداری شما می‌تواند کمی دشوار شود. حتی هنگام بروز مشکلات، در نهایت هم مادر و هم بچه در اکثر موارد سالمند. در صورتی که دوران بارداری شما بی‌دردسر باشد و چنانچه هیچ مشکل پزشکی اساسی در ارتباط با بارداری نداشته باشید، می‌توانید از این فصل صرف‌نظر کنید. اما اگر از آن دسته افرادی هستید که می‌خواهید در مورد هر احتمالی آگاهی داشته باشید، و این آگاهی شما را دیوانه نمی‌کند، ممکن است این فصل به نظرتان جالب بیاید. فقط لطفی در حق خود بکنید: زیاد ناراحت نشوید.

بیماران بسیاری داشته‌ایم که بعد از خواندن کتاب‌های دیگری راجع به بارداری، وحشت‌زده به ما تلفن کرده و تصور می‌کردند با تمام مشکلات توصیف‌شده در کتاب مواجه‌اند. اطلاعات این فصل به منظور اطمینان‌بخشی مجدد از بی‌خطر بودن دوران بارداری شماست ـ یا چنانچه مشکل خاصی داشته باشید، اطلاعات مفیدی برای کمک به درک بهتر مشکل فراهم می‌کند.

حفظ کنید

سعی ما بر این است که از نگارش یک کتاب درسی در زمینه‌ی طب مادری ـ جنینی خودداری کنیم. به همین مقصود، به برخی شرایط تنها به‌طور اجمالی می‌پردازیم و

برخی از مشکلات غیرشایع را به‌طور کل حذف می‌کنیم. ولی امیدواریم این اطلاعات شما را با آنچه ممکن است صورت پذیرد آشنا کند، تا در صورت بروز هرگونه مشکلی، نسبت به نحوه‌ی اقدام برای آن آگاه باشید.

رسیدگی به درد زودرس

به‌طـور طبیعی، در طول نیمـه‌ی دوم دوران بارداری، رحم به‌طور متناوب منقبض می‌شود. در اواخر راه، این انقباضات تناوب بیشتری می‌یابد. تا بالاخره، منظم شده و موجب باز شدن دهانه‌ی رحم می‌شود. زمانی که انقباضات و باز شدن قبل از هفته‌ی ۳۷ بارداری اتفاق بیفتد، درد زودرس در نظر گرفته می‌شـود. برخی خانم‌ها قبل از هفته‌ی ۳۷ متوجه یک دوره انقباضات منظم می‌شوند. اما چنانچه دهانه‌ی رحم باز یا افاسه نشود، شرایط به‌عنوان درد زودرس تلقی نمی‌شود.

البته، هرچه درد زودرس زودتر اتفاق بیفتد، بیشتر می‌تواند دردسرساز باشد. مشکلاتی که یک نوزاد نارس بعد از به‌دنیا آمدن در حدود ۳۴ هفتگی دارد، معمولاً جای نگرانی بسیار کمتری دارد تا مشکلاتی که هنگام تولد در ۲۴ هفتگی با آن مواجه می‌شود. قبل از حدود ۳۲ هفتگی، مشکل عمده آن است که ریه‌های بچه ممکن است هنوز کامل نشـده باشد، ولی ممکن اسـت با مشکلات دیگری نیز مواجه باشید. با وجود ایـن، اکثر نوزادانی که در ۲۶ تـا ۳۲ هفتگی به‌دنیا می‌آیند، به خصوص اگر امکان دسترسی به یک بخش مجهز مراقبت‌های ویژه از نوزادان را داشته باشند، می‌توانند خوب و سـالم بمانند. نوزادان نارس در معرض خطر بیشـتری برای آلوده شدن به برخی عفونت‌ها قرار دارند؛ ممکن است دچار مشکلاتی با مجاری گوارشی (معده و روده‌ها) شوند، یا ممکن است با یک خونریزی درون‌بطنی و خونریزی در منطقه‌ای از مغز، مواجه شوند.

موارد زیر علایم و نشانه‌هایی از درد زودرس است:

- ✓ چکیدن مداوم مایع رقیق از مهبل
- ✓ افزایش ترشح مهبلی مخاطی‌مانند
- ✓ فشار دایمی و شدید در قسمت لگن و مهبل
- ✓ گرفتگی‌های عضلانی مانند دوران قاعدگی
- ✓ کمر درد مداوم
- ✓ انقباضات منظم که با استراحت یا کاهش فعالیت متوقف نشود

هیچ‌کس به‌طور حتم علت درد زودرس را نمی‌داند، ولی برخی بیماران به وضوح در معرض خطر بیشتری برای بروز آن قرار دارند. اگر جزو یکی از گروه‌های پرخطر قرار بگیرید، احتمالاً پزشکتان مایل می‌شود شما را بیشتر از حد معمول تحت نظر داشته باشد. شاید دکتر از شما بخواهد به دفعات بیشتری به مطب مراجعه کرده یا آزمایش‌های خاصی انجام دهید. موارد زیر عواملی است که شما را در معرض خطر درد زودرس قرار می‌دهد:

- ✓ شکل غیرطبیعی رحم
- ✓ سوء استفاده از داروهای غیرقانونی خاص
- ✓ خونریزی در طول دوران بارداری، مخصوصاً در طی نیمه‌ی دوم (توجه: این مسئله شامل لک‌بینی‌های گاه به گاه در طول سه‌ماهه‌ی اول نیست.)
- ✓ زایمان زودرس قبلی
- ✓ برخی عفونت‌ها، مانند عفونت‌های واژینوز باکتریال یا عفونت کلیه
- ✓ مصرف دخانیات
- ✓ دوقلوها یا بیشتر

بررسی علایم درد زودرس

پزشکان روش‌های گوناگونی برای اقدام به تشخیص درد زودرس دارند، اگرچه تکنیک‌ها همیشه مؤثر نیست. شایع‌ترین روش برای پزشک شما انجام یک معاینه‌ی داخلی برای بررسی دهانه‌ی رحم و کنترل انقباضات شماست.

برخی از پزشکان با استفاده از سونوگرافی مهبلی (یک کاونده‌ی کوچک اولتراسون درون مهبل، نزدیک دهانه‌ی رحم گذاشته می‌شود)، به‌دنبال علایمی از درد زودرس می‌گردند، که تصویری از دهانه‌ی رحم ایجاد می‌کند. پزشک برای تشخیص باز یا شل و کوتاه شدن احتمالی دهانه‌ی رحم (به فصل ۹ رجوع کنید)، که علایم درد است، دهانه‌ی رحم شما را اندازه‌گیری می‌کند. مطالعات بیشتری مورد نیاز است تا به دکترها بهترین روش استفاده از سونوگرافی مهبلی را نشان دهد.

دو آزمایش نسبتاً جدید برای بررسی ترشحات یک زن باردار از نظر وجود ماده‌ای که می‌تواند احتمال وقوع زایمان زودرس را نشان دهد، وجود دارد. یکی از این آزمایش‌ها، فیبرونستین جنینی نام دارد، که شامل نمونه‌برداری از قسمت عقب مهبل است. نتیجه‌ی منفی این آزمایش، نشانه‌ی خوبی برای عدم احتمال زایمان زودرس در چند هفته‌ی آینده است. اما نتیجه‌ی مثبت، نشانه‌ی ضعیف‌تری از وقوع زایمان زودرس در آینده‌ی نزدیک است. آزمایش دیگر، که استریول بزاقی نام دارد،

مادران باردار می‌پرسند...

س: «آیا کنترل انقباضات از خانه یک روش مؤثر برای تشخیص درد زودرس است؟»

ج: کنترل انقباضات از خانه یک تکنولوژی بحث‌برانگیز است، زیرا مطالعات مزیت آن را به اثبات نرسانده است. پزشک شما وسیله‌ای به شما می‌دهد که هر روز به مدت نیم تا یک ساعت (یا گاهی دو بار در روز) بر روی شکم خود می‌بندید. این وسیله می‌تواند انقباضاتی را که ممکن است احساس نکنید، حس کند. اطلاعاتی که دستگاه دریافت می‌کند، سپس از طریق یک مودم تلفن به بخش پرستاری ارسال می‌شود. در صورتی که نشان‌دهنده‌ی انقباضات مکرر نسبت به آنچه باید، باشد، دستگاه دکترتان را متوجه خطر می‌کند. بدین ترتیب، ممکن است در یک مرحله‌ی پیش‌رس دچار درد زودرس شوید. با این حال، مطالعات حاکی از آن است که این نوع کنترل رضایت بخش‌تر از تحت نظر داشتن نزدیک بیمار با پرستاران یا آموزش او برای آگاهی از علایم درد زودرس نیست.

شامل نمونه‌برداری از بزاق داخل گونه و بررسی علایم احتمالی برای زایمان زودرس است.کارآیی این آزمایش هنوز تحت بررسی است.

متوقف کردن درد زودرس



زمانی که درد زودرس برای شما پیش می‌آید، بنا بر میزان زمان باقیمانده از دوران بارداری‌تان، دکتر به متوقف کردن انقباضات شما اقدام می‌کند (در صورتی که به این روش اعتقاد داشته باشد) و ممکن است در بیمارستان بستری شوید. ممکن است دکتر شما از داروهای متعددی (که به آن‌ها توکولیتیکس[1] گفته می‌شود) برای متوقف کردن درد زودرس استفاده کند. دکترها هرگز در مورد ثمربخشی این داروها در درازمدت به توافق جمعی نرسیده‌اند؛ اگرچه تأثیر خود را برای چند روز یا چند هفته نشان داده است. اکثر توکولیتیکس‌ها برای مادر عوارض جانبی به همراه دارد. مثلاً، تربوتالین، ممکن است باعث افزایش ضربان قلب و یا یک حس عصبی شود. سولفات منیزیم، ممکن است باعث حالت تهوع، گرگرفتگی یا سرگیجه شود. ایندومتاسین داروی مقاومی است، ولی به‌دلیل برخی تأثیرات بر روی جنین نمی‌توان به مدت طولانی از آن استفاده کرد. برخی داروهای جدید (نیفدیپین، وایوکس و سلبرکس) برای متوقف کردن درد زودرس، بدون ایجاد عوارض جانبی ناخواسته نویدبخش بوده است.

چنانچه دکترتان فکر کند ممکن است درد زودرس شما به زایمان زودرس قبل از ۳۴ هفتگی منجر شود، احتمالاً به دریافت یک تزریق از استروئیدها توصیه خواهد

۱. داروهایی که از بین برنده‌ی انقباضات رحمی است. م.

کرد، که نشـــان داده اســـت خطر مشکلات تنفسی و مشـــکلات دیگر را در نوزادان نارس کاهش می‌دهد.خطرات ناشـــی از دریافت این داروها برای مادر قابل اغماض اســـت. و مطالعات گسترده‌ای نشان داده که اســـتروئیدها در حدود یک هفته برای بچه سودمند است. بیمارانی که همچنان در معرض خطر زایمان زودرس قرار دارند و بیش از یک هفته از زمانی که استروئید تزریق کرده‌اند گذشته، نباید یک‌بار دیگر تزریق را تکرار کنند.

پیشگیری از درد زودرس

اخیراً مطالعات متعددی نشان می‌دهد زنانی که در معرض خطر زیاد برای زایمان زودرس هســـتند (به فهرستی که در «رسیدگی به درد زودرس» پیش‌تر در این فصل آمده، نگاه کنید.) ممکن است در صورت دریافت نوع خاصی از پروژسترون‌ها در طول دوران بارداری، احتمال زایمان زودرس را کاهش دهند. مطالعات هم در مورد پروژسترون‌های تزریقی و هم در مورد شیاف‌های مهبلی پروژسترون بررسی شده است.در حال حاضر محققان هنوز نمی‌دانند کدام بهتر است، ولی مطالعات متعددی در حال انجام است که مصرف پروژسترون را برای پیشگیری از زایمان زودرس بررسی می‌کند.

زودتر به‌دنیا آوردن نوزاد

گاهی به‌دنیا آوردن زودتر بچه عاقلانه اســـت. مثلاً، هنگامی‌که خانمی در ۳۵ یا ۳۶ هفتگی با درد زودرس مواجه می‌شـــود، معمولاً اجازه به پیشـــروی و زایمان معمولاً عاقلانه است، زیرا طرز تلقی برای بچه مطلوب است و دلیلی برای قرار دادن مادر در معرض عوارض جانبی داروها برای جلوگیری از زایمان وجود ندارد. زایمان زودرس، صرف‌نظر از سن بارداری، در بعضی موارد که بچه وضعیتی غیرقابل درمان از داخل رحم داشته باشد یا زمانی که مادر شرایطی رو به وخامت، از جمله مسمومیت بارداری (به فصل بعد، «کنترل مسمومیت بارداری» رجوع کنید) داشته، و ادامه‌ی بارداری خطرناک باشد، شاید بهترین انتخاب باشد.

کنترل مسمومیت بارداری



مســـمومیت بارداری، به توکسمی یا فشار خون ناشی از بارداری (PIH) نیز معروف است. مسمومیت بارداری زمانی به‌وجود می‌آید که یک زن با فشار خون بالا به همراه احتباس مایع یا انتشار پروتئین در ادرار مواجه شود. این وضعیت در هر حال غیرشایع نیســـت، و در حدود ۷ درصد از بارداری‌ها اتفاق می‌افتد. زنانی که اولین فرزند خود را باردارند، به‌خصوص مستعد هستند.

مســـمومیت بارداری معمولاً در اواخر دوران بارداری پیش می‌آید، ولی می‌تواند در اواخر یا ســـه‌ماهه‌ی دوم یا اوایل ســـه‌ماهه‌ی سوم نیز بروز کند. این وضعیت بعد از زایمان از بین می‌رود.



دکترها برای تشـــخیص این وضعیت معیارهای متفاوتی دارند، ولی به‌طور کلی، در صورتی که ســـابقه‌ی مشکلات فشـــار خون قبل از بارداری نداشته باشید، اگر فشار خون شما بالای ۱۴۰/۹۰ باشد، بالا تلقی می‌شود.

در زیر فهرستی از علایم و نشانه‌های مسمومیت بارداری آورده شده است:

- ✓ ناهنجاری‌هایی در آزمایش‌های خونی خاص (کاهش پلاکت‌ها، که در لخته شدن اهمیت دارد) و افزایش‌هایی در آزمایش‌های کبد
- ✓ دید تار یا دیدن لکه‌هایی در جلوی چشمان خود
- ✓ حالت تهوع، استفراغ، و احساس درد در قسمت نیمه‌ی بالایی شکم
- ✓ هجوم تشنجات
- ✓ احساس درد در قسمت بالای سمت راست شکم، نزدیک کبدتان
- ✓ سردرد شدید که حتی با مصرف مسکن نیز برطرف نشود
- ✓ ورم ناگهانی دست‌ها، صورت یا پاها
- ✓ افزایش وزن ناگهانی (۲/۵ کیلوگرم در یک هفته)



اکثر علایم می‌تواند در طول هر دوران بارداری‌ای پیش بیاید؛ تا زمانی که با فشـــار خون بالا یا انتشار پروتئین در ادرار آمیخته نباشد، کاملاً عادی است. اگر روزی دچار سردرد شدید، یا برای لحظه‌ای لکه‌هایی دیدید، فوراً به این نتیجه نرسید که دچار مسمومیت بارداری شده‌اید. اگر علایم ادامه یافت، به دکتر خود بگویید.

هیچ کس دقیقاً نمی‌داند چه چیزی موجب مسمومیت بارداری می‌شود. ولی دکترها می‌دانند بعضی از خانم‌ها نسبت به دیگران بیشتر در معرض خطر بروز آن قرار دارند. موارد زیر عوامل خطر برای مسمومیت بارداری است:

- ✓ وجود فشارخون مزمن
- ✓ اولین بارداری
- ✓ سابقه‌ی مسمومیت بارداری در دوران بارداری قبلی
- ✓ دیابت طولانی‌مدت

- ✓ بالای ۴۰ سال داشتن مادر
- ✓ چاقی بیش از حد بارز
- ✓ برخی مشکلات پزشکی، از جمله بیماری شدید کلیوی یا کبدی، لوپوس یا سایر بیماری‌های عروقی
- ✓ سه‌قلویی یا بیشتر (دوقلوها هم شامل می‌شوند، ولی در حد کمتر)

علی‌رغم تحقیقات پزشکی وسیع موجود بر روی مسمومیت بارداری، هیچ‌کس دقیقاً روش پیشگیری از آن را نمی‌داند. تنها روش درمان مسمومیت بارداری، به‌دنیا آوردن بچه است. زمان به‌دنیا آوردن به شدت وضعیت و مقدار باقیمانده از دوران بارداری بستگی دارد. اگر به موعد زایمان خود نزدیک باشید، شاید القای زایمان عاقلانه‌ترین روش باشد. اگر تنها ۲۸ هفته دارید، شاید دکتر به بستری کردن و تحت نظر گرفتن شدید شما، چه در خانه چه در بیمارستان اقدام کند. دکترها برای زایمان زودرس، نسبت میزان وجود خطرات را برای سلامتی مادر در مقابل میزان خطرات برای بچه، ارزیابی می‌کنند.

آگاهی نسبت به وضعیت‌های جفتی

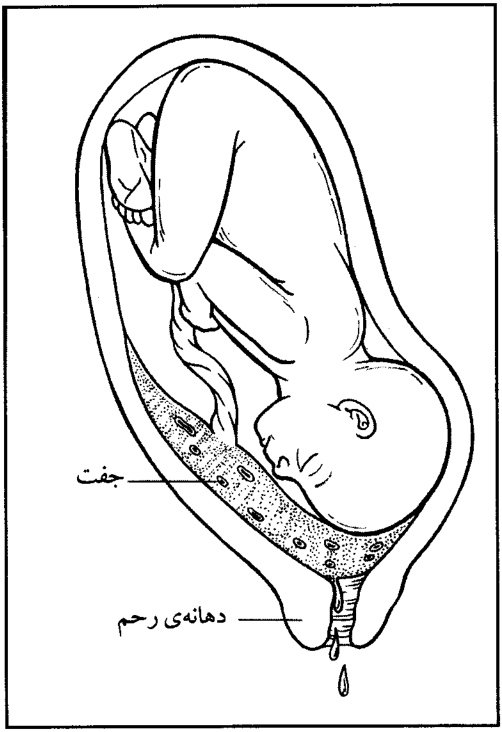
گاهی دو مشکل متفاوت در رابطه با جفت بچه می‌تواند در اواخر دوران بارداری بروز کند: جفت سرراهی و پاره شدن جفتی. در این بخش، هر دو را توضیح می‌دهیم.

جفت سرراهی

جفت سرراهی زمانی است که بخشی یا تمام جفت به‌طور کامل روی دهانه‌ی رحم را بپوشاند؛ همان‌طور که در شکل ۱- ۱۵ نشان داده شده است. دکترها به‌طور کلی در طی یک بررسی عادی اولتراسون از بیماران خود، جفت سرراهی را تشخیص می‌دهند، ولی گاهی خانم‌ها زمانی متوجه مشکل می‌شوند که خونریزی در اواخر سه‌ماهه‌ی دوم یا اوایل سه‌ماهه‌ی سوم شروع می‌شود.

نگران نباشید

در اوایل دوران بارداری، قرار گرفتن جفت در نزدیکی دهانه‌ی رحم یا حتی بخشی که آن را بپوشاند، شایع است و معمولاً خطری برای مادر یا بچه به‌وجود نمی‌آورد. در حقیقت، این وضعیت از هر پنج بارداری در یک مورد می‌تواند اتفاق بیفتد. در اکثر خانم‌ها (۹۵ درصد)، جفت در حالی که رحم با بچه‌ی در حال رشد بزرگ می‌شود افزایش می‌یابد، که به همین خاطر دلیلی برای نگرانی از پوشاندن دهانه‌ی رحم توسط جفت در اوایل دوران بارداری ندارید.



شکل ۱-۱۵:
جفت سرراهی

حتی اگر تا اواخر سه‌ماهه‌ی دوم و اوایل سوم وضعیت باقی بماند، همچنان می‌تواند بی‌ضرر باشد. بسیاری از خانم‌هایی که جفت سرراهی دارند، در نهایت هرگز دچار خونریزی نمی‌شوند. با این حال، عمده‌ترین نگرانی در رابطه با جفت سرراهی همان خونریزی شدید است که ممکن است رخ دهد. اگر خونریزی به حد کافی شدید باشد، ممکن است فقط به همین دلیل لازم شود بچه به‌دنیا بیاید. گاهی خونریزی به درد زودرس منجر می‌شود. در چنین موردی، پزشک به متوقف کردن انقباضات اقدام می‌کند، که اغلب خونریزی را بند می‌آورد.

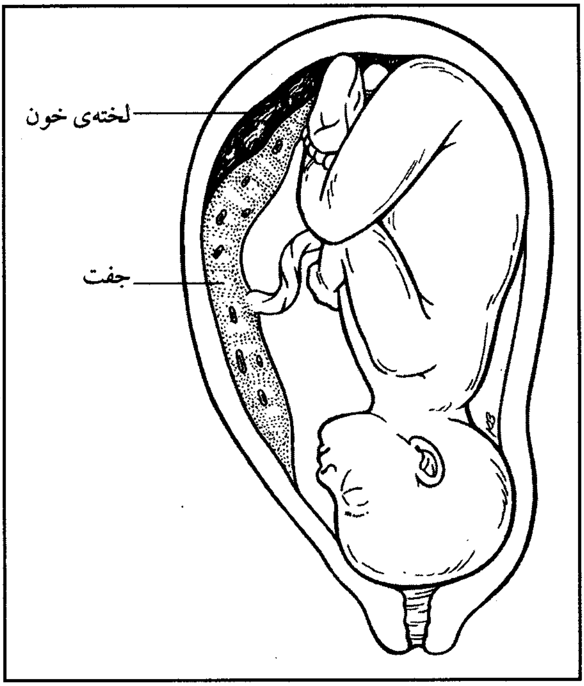
در صورتی که در سه‌ماهه‌ی سوم خود هستید و جفت سرراهی دارید، شاید پزشکتان در نهایت مایل به انجام بررسی‌های اولتراسون منظم برای بررسی کنار رفتن جفت از سرراه باشد. او ممکن است بگوید از مقاربت و انجام معاینات داخلی برای کاهش خطر خونریزی، خودداری کنید. چنانچه جفت سرراهی تا هفته‌ی ۳۶ باقی بماند، دکتر به احتمال زیاد به انجام سزارین توصیه می‌کند، زیرا بچه بدون جدا شدن جفت، که می‌تواند به خونریزی شدید منجر شود، نمی‌تواند وارد مجرای زایمان شود.

پارگی جفتی

در برخی از خانم‌ها، جفت قبل از اتمام دوران بارداری از دیواره‌ی رحم جدا می‌شود. به این وضعیت پارگی جفتی (که گاهی اوقات نیز جدا شــدن زودرس جفت یا جدا شدن جفتی) گفته می‌شود. شکل ۲-۱۵ این مورد را نشان می‌دهد.

پارگی جفتی یک دلیل شــایع خونریزی در سه‌ماهه‌ی سوم است. از آنجا که خون یک ماده‌ی محرک برای عضلات رحم است، همچنین می‌تواند موجب درد زودرس و درد شکمی شود. رؤیت پارگی در بررسی اولتراسون دشوار است، مگر آنکه کاملاً زیاد باشد. بنابراین در بسیاری از موارد، دکترها تنها پس از رد هر نوع علت احتمالی دیگری برای خونریزی، می‌توانند آن را تشخیص بدهند. ندرتاً، پارگی جفتی به‌طور ناگهانی پیش می‌آید، و در صورتی که مقدار جدا شــدگی در حد کافی زیاد باشــد، ممکن است زایمان فوری ضرورت یابد.

در صورتی که با پارگی جفتی جزئی مواجه شــوید، ممکن اســت پزشکتان به شما اســتراحت مطلق توصیه کند. او همچنین دوران بارداری شما را دقیق‌تر تحت نظر می‌گیرد تا از عدم بروز عوارض جانبی ناشی از مشکل بر روی جنین اطمینان یابد.



شکل ۲-۱۵:
پارگی جفتی

تشخیص مشکلات مربوط به مایع و کیسه‌ی آمنیوتیک



همان‌طور که می‌دانید، جنین در یک «کیسه‌ی آب» رشد می‌کند که به کیسه‌ی آمنیوتیک معروف، و شامل مایع آمنیوتیک است. حجم این مایع در طول بخش اول دوران بارداری افزایش می‌یابد و در ۳۴ هفتگی به حداکثر میزان خود می‌رسد. پس از آن، حجم مایع به‌تدریج کاسته می‌شود. علم پزشکی هنوز به‌طور دقیق کشف نکرده است که چه مکانیزمی حجم مایع آمنیوتیک را تنظیم می‌کند؛ هرچند می‌دانیم جنین در مقدار مایع موجود در کیسه نقش دارد. در طول نیمه‌ی دوم دوران بارداری، مایع آمنیوتیک اساساً شامل ادرار جنین است. جنین در درون کیسه ادرار می‌کند و سپس مایع را نیز می‌بلعد. مایع در اطراف ریه‌های جنین جریان می‌یابد که در تکامل ریه‌ها کمک می‌کند.

گاهی، ممکن است پزشکی نسبت به بالا یا پایین بودن مقدار مایع آمنیوتیک مشکوک شود، و ممکن است برای بررسی اوضاع یک سونوگرافی انجام دهد. افزایش یا کاهش جزئی در مقدار مایع آمنیوتیک، معمولاً مشکلی نیست. ولی تفاوت‌های زیاد در حجم مایع آمنیوتیک ممکن است نشانه‌ای از سایر مشکلات باشد.

مایع آمنیوتیک بسیار زیاد

اصطلاح پزشکی برای مقدار بسیار زیاد مایع، پلی‌هیدرامنیوس یا هیدرامنیوس است. این شرایط به‌طور کاملاً مکرر اتفاق می‌افتد؛ در حدود یک تا ۱۰ درصد از بارداری‌ها. اغلب افزایش حجم مایع جزئی است. دکترها همیشه علت آن را نمی‌دانند، ولی قطعاً می‌دانند افزایش جزئی معمولاً مشکلی نیست. افزایش‌های بیشتر ممکن است با یک وضعیت پزشکی در مادر مرتبط باشد (مثلاً دیابت یا بیماری‌های ویروسی خاص). در بعضی موارد نادر، وجود مایع بسیار زیاد ممکن است ناشی از مشکلات خاص جنینی باشد. مثلاً، ممکن است جنین برای بلعیدن مایع دچار مشکل باشد، بنابراین مقدار بیشتری از آن در کیسه انباشته می‌شود.

مایع آمنیوتیک بسیار کم

خانمی که مقدار مایع آمنیوتیک کمی دارد، دچار الیگوهیدرامنیوس است. همان‌طور که قبلاً اشاره کردیم، حجم مایع آمنیوتیک به‌طور طبیعی بعد از هفته‌ی ۳۴ تا ۳۶ کاهش می‌یابد. اما اگر مال شما از حد معینی پایین برود، پزشک با انجام آزمایش‌های خاصی جنین را بیشتر تحت‌نظر می‌گیرد. یک دلیل شایع برای کم بودن مایع آمنیوتیک، پارگی پرده‌های جنینی است، که امکان چکیدن مایع را به بیرون میسر می‌کند.

مادران باردار می‌پرسند...

س: «آیا مقدار مایع آمنیوتیک به مقدار آبی که می‌نوشم مربوط می‌شود؟»

ج: نه. مقدار مصرف مایعات مادر ربطی به این مسئله ندارد. برخی از مطالعات اخیر حاکی است که مادر با نوشیدن مقدار زیادی از مایعات می‌تواند موجب افزایش اندکی در مقدار مایع آمنیوتیک شود، ولی تأثیر آن زیاد نیست. با وجود این، تا حد ممکن مایعات بنوشید.

میزان مایعی که در حد قابل ملاحظه‌ای قبل از ۳۴ هفتگی کاهش می‌یابد، ممکن است دال بر وجود مشکلی در ارتباط با مادر یا بچه باشد. مثلاً، برخی از خانم‌های مبتلا به فشار خون یا لوپوس، ممکن است جریان خون کمتری به رحم داشته باشند و در نتیجه، جریان خون کمتری به جفت و بچه می‌رسد. هنگامی که بچه خون کمتری دریافت کند، کلیه‌های بچه ادرار کمتری می‌سازد و در نتیجه، حاصل میزان کمتری از مایع آمنیوتیک می‌شود.

اگر کاهش در میزان مایع جزئی یا متوسط باشد، بچه به‌دقت تحت نظر گرفته شده و آزمایش‌هایی برای تعیین سلامت جنین انجام می‌شود. گاهی، الیگوهیدرامنیوس نشانه‌ی محدود شدن رشد جنین است (به «توضیح مشکلاتی در رابطه با رشد جنین»، بعداً در این فصل رجوع کنید)، یا به ندرت، ناهنجاری‌هایی در مجرای ادراری بچه وجود دارد. گاهی اوقات نشانه‌ی عملکرد نامناسب جفت است.

در صورت کاهش مایع آمنیوتیک شما، ممکن است دکتر به استراحت بیشتر و سر پا نایستادن توصیه کند. با انجام این کارها، ممکن است جریان خون به رحم و جفت بیشتر شود و در نتیجه ادرار بچه افزایش یابد. (فقط خوشحال باشید که هنوز مجبور نیستید کهنه‌ی بچه را عوض کنید!)

پارگی کیسه‌ی آمنیوتیک

پارگی زودرس پرده‌های جنینی یا کیسه‌ی آمنیوتیک، گاهی اوقات PROM گفته می‌شود و زمانی است که «کیسه‌ی آب» زن قبل از شروع درد پاره شود. این مسئله می‌تواند در حدود تاریخ زایمان (پارگی به موقع پرده‌های جنینی) یا گاهی زودتر از ۳۷ هفتگی (پارگی زودرس پرده‌های جنینی) رخ دهد.

- ✓ اگر در دوره‌ی کامل با پارگی پرده‌های جنینی مواجه شوید، پزشک شما تنها صبر می‌کند تا درد شروع شود. یا ممکن است به منظور پیشگیری از خطر بروز عفونت در داخل رحم، به القای درد اقدام کند.

✓ اگر با پارگی زودرس پرده‌های جنینی مواجه شـوید، شاید بنا بر مدت‌زمان دوران بارداری وارد مرحله‌ی درد بشوید یا نشوید. در صورتی که مدت زیادی تا تاریخ زایمان شما مانده باشد و نشانه‌ای از بروز عفونت در رحم شما نباشد، دکترتان ممکن است برای طولانی کردن دوران بارداری تا حد امکان از برخی داروها (آنتی‌بیوتیک‌ها، توکولیتیک‌ها و استروئیدها) استفاده کند. احتمالاً دکتر شما چندین بار سونوگرافی انجام می‌دهد و ضربان قلب جنین را بررسی می‌کند تا از سلامت بچه اطمینان یابد.



اگر فکر می‌کنید کیسه‌ی آب شما ممکن است پاره شده باشد و درد زودرس داشته باشـید، فوراً به پزشک خود اطلاع بدهید. او می‌تواند با انجام آزمایش‌هایی قطعاً به شما اطلاع دهد که پرده‌های جنینی شما پاره شده است یا نه.

توضیح مشکلاتی در رابطه با رشد جنین

یکـی از دلایل عمده برای مراقبت در دوران بارداری، اطمینان از رشـد مناسـب فرزند شماست. یک پزشک به‌طور کلی میزان رشد را با اندازه‌گیری ارتفاع قله‌ای رحـم (فصل ۳) تعیین می‌کند. به‌عنوان یک قانون کلی (در بارداری تک‌جنینی)، اندازه‌ی بالای اسـتخوان شـرمگاهی تا بالای رحم به سـانتیمتر، تقریباً با تعداد هفته‌های بارداری برابر است. در صورتی که پزشک شما متوجه شود که این اندازه بیشـتر یا کمتر از حد مورد انتظار اسـت، ممکن است برای ارزیابی دقیق‌تر رشد بچه به انجام یک سـونوگرافی توصیه کند. در طول بررسی، تکنسین قسمت‌های مختلف بدن جنین را برای پیدا کردن وزن تقریبی جنین اندازه‌گیری می‌کند. آن برآورد سـپس با وزن متوسط جنین‌ها در همان سن بارداری مقایسه و به صدک خاصی نسبت داده می‌شود. صدک ۵۰ حد متوسط است. ولی از آنجا که جنین‌ها (مانند نوزادان، نوپایان، خردسالان، نوجوانان و بزرگسالان) در اندازه‌های متفاوت هسـتند، حدی از وزن طبیعی وجود دارد. هر چیزی که بین صدک ۱۰ و صدک ۹۰ باشـد، طبیعی قلمداد می‌شود (برای اطلاعات بیشتر در مورد وزن جنین، به فصل ۷ رجوع کنید).



این حـدود بالایی و پایینی تا اندازه‌ای اختیاری اسـت. اشـاره دارد که ۱۰ درصد از جمعیـت بزرگ‌تر از حد معمول و ۱۰ درصـد کوچک‌ترند، ولی این اظهار دقیقاً صحـت ندارد. اکثر جنین‌های زیر صـدک ۱۰ تا بالای صدک ۹۰ کاملاً طبیعی‌اند. اما برخی از آن‌ها ممکن است در حد طبیعی رشد نکنند و به مراقبت‌های بیشتری نیاز داشته باشند.

بچه‌های کوچک‌تر از حد متوسط

جنینی که وزن آن زیر صدک ۱۰ بر آورد می‌شود، ممکن است محدودیت رشد داخل رحمی (IUGR) داشته باشد. محدودیت رشد داخل رحمی می‌تواند به تولد نوزادی کوچک‌تر از سن بارداری (SGA) منجر شود. محدودیت رشد داخل رحمی علل احتمالی زیادی دارد، که شامل موارد زیر است:

- ✓ **جثه‌ی بچه کوچک، ولی از جهات دیگر عادی است.** درست مانند افراد بزرگسال سالمی که جثه‌های متفاوت دارند، جنین‌ها هم به همین منوالند.
- ✓ **ناهنجاری‌های کروموزومی.** این علت با شروع محدودیت رشد داخل رحمی زودهنگام شایع‌تر است، که در سه‌ماهه‌ی دوم رخ می‌دهد.
- ✓ **مواد سمی محیطی.** کشیدن سیگار به‌طور متوسط موجب کاهش وزن تولد بین ۱۲۵ تا ۲۵۰ گرم می‌شود. مصرف مداوم الکل (حداقل یک تا دوبار در روز) و مصرف کوکائین نیز می‌تواند باعث کم‌وزنی هنگام تولد شود.
- ✓ **عوامل ژنتیکی.** برخی عوامل ژنتیکی باعث می‌شود جنین کمتر از حد متوسط رشد کند.
- ✓ **ناهنجاری‌های قلبی و گردش خون در جنین.** مثال‌ها شامل نقایص قلبی مادرزادی یا ناهنجاری‌های بند ناف است.
- ✓ **مواد غذایی ناکافی برای مادر.** تغذیه‌ی مناسب به‌خصوص در سه‌ماهه‌ی سوم حائز اهمیت است.
- ✓ **عفونت از جمله سیتومگالوویروس، سرخجه و توکسوپلاسموز.** فصل ۱۶ اطلاعات بیشتری فراهم می‌کند.
- ✓ **بارداری چندقلویی.** پانزده تا ۲۵ درصد از دوقلوها، و حتی بیشتر سه‌قلوها، دچار محدودیت رشد داخل رحمی‌اند. دوقلوها تا ۲۸ تا ۳۲ هفتگی به همان نسبت تک‌جنین‌ها رشد می‌کنند، بعد منحنی رشد دوقلوها افت می‌کند.
- ✓ **عوامل جفتی و مشکلات جفتی ـ رحمی.** از آنجا که جفت مواد غذایی و اکسیژن را برای جنین تأمین می‌کند، در صورتی که عملکرد آن ضعیف باشد یا خون به‌راحتی از رحم به جفت جریان نداشته باشد، ممکن است جنین به نحو مناسب رشد نکند. خانم‌هایی که دچار سندرم پادتن ضد فسفولیپید (یک مشکل در رابطه با لخته شدن خون)، خونریزی عودکننده، بیماری عروقی یا فشار خون مزمن هستند، در معرض خطر محدودیت رشد

مادران باردار می‌پرسند. . .

س: «آیا در صورتی که بیشتر بخورم، فرزندم تا حد طبیعی رشد خواهد کرد؟»

ج: متأسفانه، پاسخ نه است. بیشتر خوردن مشکل را اصلاح نمی‌کند، مگر آنکه در حد قابل ملاحظه‌ای سوء تغذیه داشته باشید.

داخل‌رحمی‌انــد، زیرا این شــرایط موجب عملکرد ضعیف جفتی می‌شــود. مسمومیت بارداری نیز می‌تواند به عملکرد جفتی آسیب برساند و به محدودیت رشد داخل رحمی منجر شود.

نوع واکنش پزشک شما نسبت به محدودیت رشد داخل رحمی، به شرایط فردی‌تان بســتگی دارد. جنین‌هایی که محدودیت رشد داخل رحمی جزئی و کروموزوم‌های طبیعی دارند، و هیچ نشانه‌ای از عفونت ندارند، احتمال می‌رود وضعیت خوبی داشته باشــند. به هرحال، گاهی زایمان پیش از موعد مجاز است، زیرا جنین ممکن است در اتاق نوزادان بهتر از داخل رحم، رشد کند. نوع واکنش پزشک شما به نشانه‌های محدودیت رشد داخل رحمی هم به علت بروز مشکل و هم به سن بارداری که تشخیص داده شده است، بستگی دارد. او ممکن است به مراجعات بیشتری به مطب، استراحت مطلق، بررسی‌های اولتراسون منظم، بررسی ضربان قلب جنین (که به NSTs معروف است: فصل ۸) یا سایر آزمایش‌ها توصیه کند. اگر مشکل حاد باشد ولی به مدت کافی از بارداری گذشته باشد، ممکن است دکتر به انجام زایمان توصیه کند.

در بسیاری موارد، نوزادان کوچک‌تر از سن بارداری کاملاً طبیعی‌اند. گرچه، متأسفانه، موارد حاد بعداً با مشــکلات یادگیری در طول زندگی یا حتی مرگ جنینی مربوط می‌شــود، که به همین دلیل انجام برخی از اشکال مراقبت از جنین توسط پزشک، دارای اهمیت است.

بچه‌های بزرگ‌تر از حد متوسط

بچه‌ای که وزن تخمینی او بالای صدک ۹۰ باشد، ممکن است ماکروسومی (بزرگی جثه) داشته و از سن بارداری خود بزرگ‌تر باشد. دلایل مختلف متعددی می‌تواند دلیل داشــتن یک نوزاد استثنایی بزرگ را برای یک زن توضیح بدهد، که از جمله موارد زیر است:

- ✓ مادر در زایمان قبلی خود یک نوزاد درشت به‌دنیا آورده باشد.
- ✓ مادر در دوران بارداری خود بیش از حد وزن اضافه کرده باشد.
- ✓ مادر چاقی بیش از حد داشته باشد.

- ✓ یکی از والدین یا هر دو بسیار درشت به‌دنیا آمده باشند.
- ✓ دوران بارداری بیش از ۴۰ هفته طول کشیده باشد.
- ✓ دیابت مادر به‌درستی کنترل نشده باشد.

به‌طور طبیعی، عمده‌ترین خطر برای مادر، زایمان بسیار مشکل است. اگر زایمان طبیعی داشته باشد، ممکن است دچار زخم بیشتری در مجرای زایمان شود، و احتمال بیشتری برای نیاز به انجام سزارین دارد. به همین صورت، خطر برای نوزاد نیز، آسیب‌دیدگی در حین خارج شدن است. آسیب‌دیدگی هنگام زایمان در زمانی که بچه‌ای درشت به‌صورت طبیعی به‌دنیا می‌آید، احتمال بیشتری دارد، ولی در حین زایمان سزارین نیز می‌تواند به‌وجود بیاید. عمدتاً، آسیب دیدگی ناشی از زایمان شامل کشیدگی اعصاب بالای دست و گردن بچه می‌شود که ناشی از گیر کردن شانه (به فصل ۱۰ رجوع کنید) در طول زایمان است.

نگران نباشید

اگر پزشک شما، چه براساس برآورد سونوگرافی از وزن جنین چه با معاینه‌ی شکمی، تصور کند فرزندتان بیش از اندازه درشت است، و استخوان‌های لگنتان برای بچه تنگ باشد، در مورد راه‌های زایمان با شما مشورت خواهد کرد.

نگاهی به ناسازگاری‌های خونی

اگر والدین بچه دو گروه خونی متفاوت داشته باشند، گروه خون بچه می‌تواند با خون مادر متفاوت باشد. معمولاً این وضعیت به‌طور قطع هیچ مشکلی برای مادر یا بچه به‌وجود نمی‌آورد. در برخی موارد نادر، این ناهماهنگی‌های گروه خونی، ملاحظات خاصی را ایجاب می‌کند. اما حتی آن زمان نیز، مشکل قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد.

عامل ارهاش

اکثر مردم دارای ارهاش مثبتند، بدین معنا که ناقل عامل ارهاش در گلبول‌های قرمز خون خود هستند. کسانی که ناقل عامل ارهاش نیستند، ارهاش منفی قلمداد می‌شوند. اگر مردی ارهاش‌مثبت با زنی ارهاش منفی بچه‌دار شوند، ممکن است جنین دارای ارهاش مثبت شود؛ بنابراین یک ناهماهنگی میان مادر و بچه ایجاد می‌شود.

معمولاً این نوع ناهماهنگی مشکلی نیست و تقریباً هرگز در بارداری اول مشکلی ایجاد نمی‌شود. به هرحال، در صورتی که مقداری از خون بچه درون جریان خون مادر نشت کند، سیستم ایمنی بدن او ممکن است پادتن‌هایی در برابر عامل ارهاش

به‌وجـود آورد. و چنانچه هریک از چنین پادتن‌هایی به سـطحی قابل ملاحظه در بارداری برسـد، می‌تواند از طریق جفت به جریان خون بچه عبور کرده و شـروع به تخریب گلبول‌های قرمز خون بچه کند. می‌دانیم، به نظر وحشتناک است. ولی مشکل حل‌نشـدنی نیست. به منظور پیشگیری از این امر، دکتر معمولاً برای جلوگیری از پیدایش پادتن‌ها در مواقع معینی، گلبول مصونیت‌زای ضد عامل ارهاش (که به آن رِگام نیز گفته می‌شود) تزریق می‌کند. در موارد زیر مواقعی که پدر بچه ارهاش مثبت و شما ارهاش منفی باشید، دکتر به تزریق رگام توصیه می‌کند:

- ✓ ظرف مدت ۷۲ ساعت از زایمان (چه طبیعی و چه سزارین). یک پرستار بعد از زایمان به منظور جلوگیری از بروز مشکلات در بارداری‌های بعدی، آمپولی به شما تزریق می‌کند.
- ✓ به‌طور عادی در حدود هفته‌ی ۲۸ از بارداری (به‌عنوان پیشـگیری، فقط در موردی که هرگونه خونی پیش از این از جفت عبور کرده باشد) و مجدداً ۱۲ تا ۱۳ هفته بعد، چنانچه قبل از آن زایمان نکرده باشید.
- ✓ بعد از آمنیوسنتز، نمونه‌برداری از پرزهای کوریونی یا هر روش تهاجمی (به فصل ۸ رجوع کنید).
- ✓ بعد از یک سقط جنین، کورتاژ یا بارداری خارج از رحم (برای اطلاعات بیشتر در مورد بارداری خارج از رحم، به فصل ۵ رجوع کنید).
- ✓ بعد از یک زخم قابل ملاحظه بر روی شـکم شـما در طول دوران بارداری، چنانچه دکتر شما تصور کند مقداری از خون بچه ممکن است درون جریان خون شما نشت کرده باشد.
- ✓ بعد از یک خونریزی قابل ملاحظه در طول دوران بارداری.

در شرایط غیرمعمول ــ در صورتی که رگام می‌بایست تزریق می‌شد ولی نشده (بسیار نادر) یا زمانی که مؤثر واقع نشـده باشد (به‌شدت نادر) ــ مادر پادتن‌هایی در برابر عامل ارهاش تولید می‌کند. سـپس، هر بار مجدداً باردار شود، جنین ارهاش مثبت ممکن است در معرض خطر بروز کم‌خونی (کمبود گلبول‌های قرمز) قرار گیرد، که بـه میزان پادتن‌های موجود در خون مادر و میزان تأثیر متقابل آن‌ها بر خون بچه بسـتگی پیدا می‌کند. کم‌خونی ممکن اسـت جزئی باشد، که فقط لازم باشد نوزاد در اتاق نوزادان زیر نورهای مخصوصی گذاشـته شـود تا هرگونه بیلی‌روبین اضافی (رنگدانه‌ای که از گلبول‌های قرمز تخریب‌شده آزاد می‌شود) از بین برود.

در موارد متوسـط، ممکن است برای ارزیابی شدت وضعیت، سونوگرافی‌های مکرر و مجموعه‌ای از آمنیوسـنتزها لازم باشـد. در صورتی که مادر به تاریخ زایمان خود نزدیک باشد، ممکن است پزشک نسبت به زایمان پیش از موعد اقدام کند. در اکثر موارد حاد، ممکن اسـت بچه در حالی که هنوز در رحم است، به تعویض خون نیاز

پیدا کند. به این فرایند تعویض خون جنینی گفته می‌شود (به فصل ۶ رجوع کنید)، و یک متخصص طب مادری ـ جنینی باید آن را انجام دهد. تعویض خون بدترین سناریو در این مورد است، ولی حتی اگر اوضاع به این وخامت برسد، بچه‌ای که به روشی به‌موقع این تعویض برایش صورت گرفته باشد، می‌تواند سالم به دنیا بیاید. به‌هرحال، این روش با خطراتی جزئی همراه است.

سایر ناهماهنگی‌های خونی

انواع دیگری از ناهماهنگی‌های خونی امکان‌پذیر است. به‌عنوان مثال کل، دافی و کید فاکتورهای خونی‌ای است که می‌تواند بین مادر و بچه متفاوت باشد. خوشبختانه، تمام این فاکتورها بسیار نادر است. هیچ داروی ر گام‌مانندی برای درمان این ناهماهنگی‌ها وجود ندارد. ولی در موارد بسیار نادری که مشکلی بروز می‌کند، پزشک می‌تواند به شیوه‌های دیگری که پیش از این برای ناسازگاری ارهاش توضیح دادیم (نورهای خصوص، زایمان پیش از موعد، یا تعویض خون)، مراقبت‌های لازم را برای بچه‌ها فراهم کند. این بچه‌ها نیز معمولاً سالم به‌دنیا می‌آیند. در نهایت، برخی پادتن‌های گروه خونی ــ به‌عنوان مثال Le,Lu و P[1] ــ می‌تواند ناهماهنگ باشد، ولی تأثیرات زیان‌آوری بر روی جنین ندارد. معمولاً هیچ‌گونه اقدام خاصی لازم نیست.

برخورد با وضعیت ته (بریچ)

یک بچه زمانی در وضعیت مصطلح ته قرار می‌گیرد که باسن یا پاهای او پایین، نزدیک دهانه‌ی رحم باشد. وضعیت ته در ۳ تا ۴ درصد از تمام زایمان‌های تک‌جنینی رخ می‌دهد. احتمال خطر قرار گرفتن بچه در وضعیت ته هنگامی که دوران بارداری پیش می‌رود، کاهش می‌یابد. احتمالاً تصور می‌رود که جنین به یکی از دلایل زیر در وضعیت ته قرار گیرد:

- ✓ جنین نارس یا به‌خصوص کوچک باشد.
- ✓ مقدار زیادی مایع آمنیوتیک وجود داشته باشد (فضای بیشتری برای چرخیدن به اطراف وجود دارد).
- ✓ نقص عضو مادرزادی رحم وجود داشته باشد (به‌عنوان مثال، رحم دوشاخی یا به شکل T باشد).

---

۱. هاپتن: آنتی‌ژن ناقصی که برای کامل شدن باید با ماده‌ی دیگری ترکیب شود تا ایجاد پادتن کند. م.

- ✓ وجود فیبروم‌هایی که بر حفره‌ی رحم اثرگذار باشد.
- ✓ دچار جفت سرراهی باشید (به فصل ۱۵ رجوع کنید).
- ✓ دوقلو یا چندقلو داشته باشید.
- ✓ رحم شما به‌دلیل زایمان‌های متعدد قبلی شل شده باشد.

چنانچه فرزند شما در وضعیت ته قرار داشته باشد، دکترتان در مورد خطرات احتمالی و مزایای زایمان طبیعی در این وضعیت با شما صحبت می‌کند. نگرانی‌های خاصی که در ارتباط با زایمان ته وجود دارد عبارت است از:

- ✓ گیر کردن سر بچه (که در زایمان ته در آخرین مرحله بیرون می‌آید) در دهانه‌ی رحم که با عبور بدن بچه، که کوچک‌تر از سر است، کاملاً باز نشده باشد. (این وضعیت به خصوص در صورتی که بچه بسیار کوچک یا نارس باشد، مشکل‌ساز می‌شود.)
- ✓ آسیب‌دیدگی ناشی از کشیده شدن سر جنین (به این معنا که سر به عقب برگشته باشد).
- ✓ خروج پر مشکل دست‌ها، که می‌تواند به آسیب‌دیدگی‌های احتمالی دست منجر شود.

بسیاری از پزشکان به‌دلیل این مشکلات احتمالی، توصیه می‌کنند تمام بچه‌هایی که در وضعیت ته قرار دارند، از طریق سزارین به‌دنیا بیایند. با وجود این، بعضی از جنین‌هایی که در وضعیت ته قرار دارند، در واقع کاندیدهای مناسبی برای زایمان طبیعی‌اند. شرایطی که برای شما و دکترتان باید وجود داشته باشد تا زایمان ته به‌طور طبیعی صورت پذیرد، شامل موارد زیر است:

- ✓ وزن تقریبی جنین بین ۲ تا ۴ کیلوگرم باشد.
- ✓ بچه در وضعیت ته فرانک[1] باشد، به این معنا که سرین، نه پاهای او، در وضعیتی باشد که ابتدا خارج شود.
- ✓ سرین وارد لگن شده باشد.
- ✓ دکتر شما هیچ‌گونه مشکلی در ارتباط با تناسب سر بچه در مجرای زایمان تشخیص نداده باشد (با معاینه‌ی جسمانی یا از طریق عکس‌برداری).
- ✓ بررسی سونوگرافی نشان دهد که سر جنین خم شده یا در وضعیت نظامی (نگاه دقیقاً به روبه‌رو باشد، نه اینکه به عقب خم شده باشد) قرار داشته باشد.

---

۱. وضعیتی که پاهای بچه با زانوان صاف در دو طرف گوش‌ها به سمت بالا باشد. م.

- ✓ بیهوشی فوری در صورت انجام زایمان سزارین اضطراری در دسترس باشد.
- ✓ دکتر در زمینه‌ی زایمان‌های طبیعی ته مهارت داشته باشد.

اخیراً تحقیقات وسیعی نشان داده است نوزادانی که به‌طور طبیعی در وضعیت ته به‌دنیا می‌آیند، در معرض خطر بیشتری برای عوارض خاصی قرار دارند. در حقیقت، اطلاعات تا آن حد قانع‌کننده است که بسیاری از متخصصان زنان و زایمان اجرای زایمان طبیعی را به صورت ته متوقف کرده‌اند. در صورتی که پزشکتان و شما متوجه شوید زایمان طبیعی به صورت ته برای شما مناسب نیست، امکان دیگر چرخش خارجی سر است؛ روندی که دکتر تلاش می‌کند با ماساژ دادن از روی شکم مادر بچه را در وضعیت طبیعی زایمان بچرخاند، که یک روند عادی شایع و معمولاً بی‌خطر است. گاهی نسبتاً ناراحت‌کننده است، ولی در حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد از موارد موفقیت‌آمیز است. شرایط خاصی، مانند خونریزی، مقدار کم مایع آمنیوتیک یا بارداری‌های چندقلویی وجود دارد که چرخش خارجی سر عاقلانه نیست.

توجه به بارداری‌ای که موعد زایمان آن گذشته باشد

دوران بارداری به‌طور متوسط در حدود ۴۰ هفته (یا ۲۸۰ روز) پس از آخرین دوره‌ی قاعدگی به‌طول می‌انجامد، ولی تنها در حدود ۵ درصد از زنان درست در تاریخ زایمان خود وضع حمل می‌کنند. عده‌ای چند هفته زودتر و عده‌ای چند هفته دیرتر زایمان می‌کنند، و همه به‌عنوان «دوره‌ی کامل» تلقی می‌شوند. تا زمانی که دوران بارداری شما از ۴۲ هفته فراتر نرفته باشد، بنا بر تعریف پزشکی، تاریخ زایمان شما به تعویق نیفتاده است. تنها معدودی از بارداری‌ها بیش از ۴۲ هفته ادامه می‌یابد، و هیچ‌کس دلیل آن را نمی‌داند.

چرا در صورتی که از تاریخ زایمان شما گذشته باشد شما یا پزشکتان باید نگران شوید؟ زیرا احتمال بروز عوارض خاصی در این زمان افزایش می‌یابد. از ۴۰ تا ۴۲ هفتگی، این افزایش جزئی است، ولی بعد از ۴۲ هفتگی، در حد نگران‌کننده‌تری بالا می‌رود. بدترین عارضه مرگ جنینی است (که به آن مرگ و میر نوزادان نیز گفته می‌شود). احتمال مرگ جنینی پس از ۴۱ تا ۴۲ هفتگی شروع به افزایش می‌کند و در ۴۳ هفتگی دوبرابر می‌شود.

نگران نباشید

با این حال، این وضعیت آن گونه که به‌نظر می‌رسد هراس‌انگیز نیست، زیرا در واقع تعداد مرگ و میرها بسیار پایین است. اکثریت نوزادانی که دیر به‌دنیا می‌آیند سالمند. حتی در ۴۴ هفتگی، زمانی که میزان مرگ و میر جنینی به چهار برابر می‌رسد، ۹۵ درصد از نوزادان در صورتی که آزمایش‌های مناسب انجام شود، سالمند.

افزایش میزان مرگ و میر در زایمان‌هایی که به تعویق افتاده، شامل عوامل متعددی می‌شود که عبارت است از:

- ✓ جفت تنها قادر اســت برای مدت زمان معینی به نحوی کارآمد عمل کند ـ در حدود ۴۰ هفته. خوشـبختانه، اکثر جفت‌ها مقداری «ذخیره» دارند، و با وجود این بیش از ۴۰ هفته کار می‌کنند. ولی برخی نمونه‌های نادر نیز دوام نمی‌آورد. در صورتی که جفت قادر نباشد مواد غذایی مکفی به بچه برساند، در واقع با ماندن در درون رحم مقداری وزن از دست می‌دهد.
- ✓ در بارداری‌ای که تاریخ زایمان آن گذشــته باشــد، ممکن است حجم مایع آمنیوتیک کاهش یابد. همان‌طور که قبلاً در این فصل اشــاره کردیم، حجم مایــع آمنیوتیک در حدود ۳۴ تا ۳۶ هفتگــی در دوران بارداری به حداکثر خود می‌رســد و پس از آن شــروع به کاهش می‌کند. در اکثر مواقع، مایع تا بعد از ۴۰ هفتگی به مقدار کافی باقی می‌ماند. به‌هرحال، گاهی، مقدار مایع تا حدی کم می‌شــود که دکترها آن را بسیار کم قلمداد می‌کنند. در چنین شــرایطی، احتمال فشــردگی بند ناف وجود دارد، و دکترها ممکن است به القای درد توصیه کنند.
- ✓ گاهــی بچه‌ها می‌توانند در حالی که هنوز در داخــل رحم قرار دارند، اولین مدفوع خود را دفع کنند، و هرچه دوران بارداری بیشــتر شــود، احتمال این امر بیشتر می‌شود. در نمونه‌های نادر، بچه ممکن است این مکونیوم غلیظ را، چه قبل چه در طول زایمان استنشاق کند، که می‌تواند موجب بروز مشکلات تنفسی در روزها یا هفته‌های اول بعد از تولد شود (برای اطلاعات بیشتر، به فصل ۹ رجوع کنید).
- ✓ در بارداری‌ای که زایمان آن به تعویق افتاده باشد ولی جفت به عملکرد طبیعی خود ادامه دهد، بچه همچنان رشــد می‌کند. بنابراین، احتمال بسیار درشت بودن نوزادان تأخیری (بزرگی جثه؛ به «توضیح مشــکلات در رابطه با رشد جنین»، که پیشــتر در این فصل پرداختیم رجوع کنید)، یا بزرگ‌تر از سن بارداری بیشــتر می‌شود. بنابراین ممکن است در معرض تمام مشکلاتی قرار بگیرند که در ارتباط با درشت بودن است.

پزشــکان از راهکارهــای متعــددی برای کنتــرل بارداری‌های طولانی اســتفاده می‌کننــد که هیچ‌یــک ذاتاً بهتر از دیگری نیســت. عده‌ای مایلنــد امکان به‌دنیا آوردن تمــام بچه‌هــا بی‌تردیــد هرچه ســریع‌تر بعد از ۴۰ هفتگی میســر شــود و بــرای اطمینــان از این امر القــای درد انجام می‌دهند. (برای اطلاعات بیشــتر در زمینــه‌ی القــای درد، بــه فصل ۹ رجوع کنیــد.) عده‌ای مایلند کمی بیشــتر

صبر کنند تا درد خود به خود شروع شود. خلاصه‌ی مطلب برای روش اول آن است که در مورد هریک از عوارض مزبور، نیازی به نگرانی نیست. از طرفی دیگر، با روش دوم، ممکن است احتمال کمتری برای نیاز به سزارین وجود داشته باشد.

فصل ۱۶

دوران بارداری در زمان بیماری و سلامتی

در این فصل

- درمان عفونت‌ها از سرماخوردگی شایع تا عفونت‌های مثانه
- کنترل آسم، دیابت و سایر مشکلات بیماری از پیش موجود در طول دوران بارداری

بارداری می‌تواند شما را «سرمست از لذت مادرانه» کند و باعث شود احساس کنید چیزی اعجاب‌انگیز برای بدنتان در حال اتفاق است. ولی مراقب باشید: بارداری از شما موجودی فوق بشری نمی‌سازد. همچنین نسبت به تمام بیماری‌ها و سایر مشکلاتی که در ارتباط با سلامتی می‌تواند هر کسی را که در انتظار فرزندی نیست متأثر کند، آسیب‌پذیرید. زمانی که بیماری در دوران بارداری بروز می‌کند، می‌تواند پیامدهای خاصی در بر داشته باشد. در این فصل، پیرامون انواع شرایط پزشکی‌ای که بر دوران بارداری زنان تأثیر می‌گذارد، صحبت می‌کنیم.

ابتلا به عفونت در دوران بارداری

هرچه هم سعی کنید، ممکن است اجتناب از تماس با هر فردی که ناقل عفونتی است، در طول دوران بارداری غیرممکن باشد. به‌خاطر داشته باشید اکثر عفونت‌ها در نهایت صدمه‌ای به بچه نمی‌زند، فقط برای مدتی باعث می‌شود زندگی برای شما ناراحت‌کننده‌تر شود. در این بخش، به شایع‌ترین عفونت‌ها و برخی از عفونت‌های غیرمعمول می‌پردازیم.

عفونت‌های مثانه و کلیه

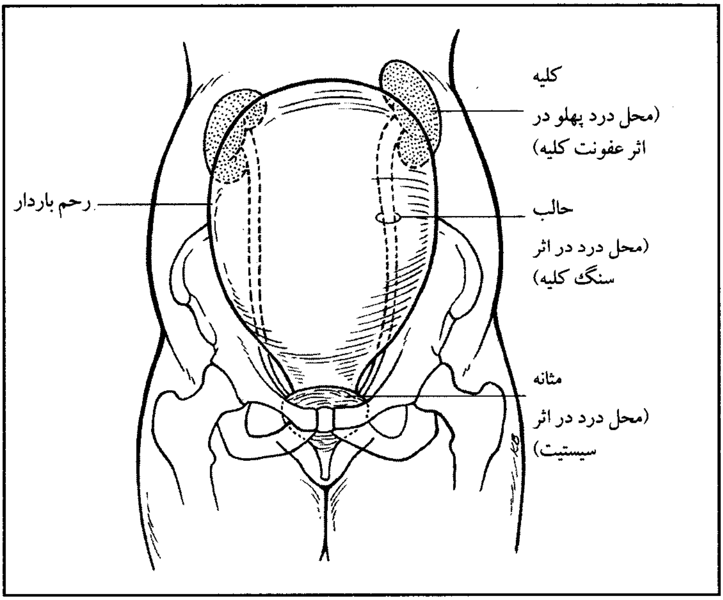
عفونت‌های مثانه به دو نوع عمده مطرح می‌شود: خانم‌هایی که علایمی دارند و خانم‌هایی که ندارند. نوع «پنهان» (بدون علامت) آن شایع است، که حدوداً در مورد ۶ درصد از زنان باردار رخ می‌دهد. نوع دیگر، که به آن سیستیت (التهاب مثانه) گفته می‌شود، با علایمی همراه می‌شود که عبارت است از:

- ✓ احساس مداوم نیاز به دفع ادرار
- ✓ احساس ناراحتی در بالای استخوان شرمگاهی (جایی که مثانه قرار دارد)
- ✓ تکرر ادرار بیشتر
- ✓ احساس درد همراه با دفع ادرار

در صورت بروز هر نوع عفونت مثانه، دکتر آن را با آنتی‌بیوتیک درمان می‌کند.

عفونت مثانه در صورت عدم درمان، می‌تواند به عفونت کلیه منجر شود، که به پیلونفریت نیز معروف است. عفونت کلیه همان علایمی را دارد که برای سیستیت توضیح داده شد، مضاف بر تب بالا و درد پهلو (احساس درد بر یک یا هردو کلیه) (به شکل ۱-۱۶ نگاه کنید). درد پهلو برای کسی که سنگ کلیه دارد نیز می‌تواند بروز کند. تفاوت: عفونت کلیه موجب بروز درد مداوم می‌شود، در حالی که سنگ‌های کلیوی درد شدیدتر، ولی متناوب ایجاد می‌کند. همچنین، سنگ‌های کلیوی اغلب با مقدار کمی خون در ادرار همراه است.

در صورتی که پزشک شما پیلونفریت را برای شما تشخیص دهد، ممکن است شما را برای چند روز در بیمارستان بستری کند تا بتوانید آنتی‌بیوتیک داخل وریدی دریافت کنید. از آنجا که عفونت‌های کلیوی در دوران بارداری احتمال عود مجدد دارد، ممکن است پزشک شما مایل باشد تا باقیمانده‌ی دوران بارداری یک آنتی‌بیوتیک روزانه نیز برایتان تجویز کند.



شکل ۱-۱۶: عفونت‌های مثانه، عفونت‌های کلیوی و سنگ‌های کلیوی علایم خاص خود را دارند.

آبله مرغان

ویروس واریسلا زوستر باعث آبله‌مرغان می‌شود. اولین باری که فردی از طریق این ویروس با عفونت مواجه می‌شود ــ که معمولاً در زمان خردسالی است ــ مبتلا به آبله‌مرغان می‌شود. آبله‌مرغان در بزرگسالان بسیار نادر است، و زنان باردار نسبت به افراد غیرباردار در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به این ویروس نیستند.

چنانچه در گذشته مبتلا به آبله‌مرغان شده باشید، احتمال ابتلای مجدد به آن وجود ندارد، زیرا بدنتان پادتن‌هایی ساخته است که شما را مصون می‌کند.حتی اگر هرگز آبله‌مرغان نگرفته باشید، احتمال زیادی برای داشتن این پادتن‌های محافظ در خونتان وجود دارد، احتمالاً به این دلیل که در گذشته در معرض آن ویروس قرار گرفته بودید ولی بیماری بروز نکرده است. به‌هرحال، اگر می‌دانید هرگز در معرض آبله‌مرغان نبوده‌اید، و به تازگی واکسن نزده‌اید (واکسنی در برابر این ویروس به‌تازگی تولید شده است) یا چنانچه مطمئن نباشید قبلاً در معرض آن قرار گرفته بودید، برای مشخص شدن مصونیت خود آزمایش خون بدهید.



از آنجا که واکسن آبله‌مرغان بسیار جدید است، اطلاعات بسیار اندکی در مورد ایمنی آن برای زنان باردار در اختیار داریم، که به همین دلیل تولیدکنندگان واکسن توصیه می‌کنند زنان باردار از آن استفاده نکنند. توصیه می‌شود خانم‌ها بعد از دریافت واکسن، تا سه ماه قبل از اقدام به بارداری صبر کنند. در صورتی که واکسن زدید و به‌طور ناگهانی متوجه شدید که در همان زمان باردار بوده‌اید، به پزشک خود اطلاع دهید. مواجهه‌ی کمی که خانم‌های باردار با واکسن داشته‌اند، حاکی از آن است که احتمالاً امکان افزایش نقایص مادرزادی را افزایش نمی‌دهد و در هیچ موردی به سندرم واریسلای مادرزادی (به فهرست نشانه‌گذاری بعدی رجوع کنید) در بچه منجر نشده است.



اگر نسبت به آبله‌مرغان مصونیت نداشته، و در معرض فردی مبتلا قرار داشته باشید، فوراً به پزشک خود اطلاع دهید تا بتوانید تزریقی را دریافت کنید که به‌عنوان VZIG (گلبولین مصونیت‌زای واریسلا زوستر) شناخته شده است، و می‌تواند خطر عفونت را برای شما و بچه کاهش دهد. در صورت امکان، این تزریق را ظرف مدت سه روز از مواجهه با آن انجام دهید. در صورتی که در روزهای زایمان (قبل یا بعد) به آبله‌مرغان مبتلا شوید، به نوزاد باید گلوبولین مصونیت‌زای واریسلا زوستر تزریق شود.

آبله‌مرغان در دوران بارداری می‌تواند موجب بروز سه مشکل احتمالی شود:

- ✓ می‌تواند مادر را با علایم آنفولانزا مانند، به‌علاوه‌ی دانه‌های پوستی معروف (تعداد زیادی لکه‌های قرمز کوچک) بیمار کند. در شرایط نادر، دو تا شش روز بعد از ظاهر شدن دانه‌ها، ذات‌الریه به‌وجود می‌آید. در صورتی که آبله‌مرغان گرفته‌اید، و علایمی از تنگی نفس یا سرفه‌های خشک دارید، فوراً به دکتر خود اطلاع دهید.
- ✓ در صورتی که در چهار ماه اول دوران بارداری به آبله‌مرغان مبتلا شوید، احتمال کمی برای انتقال عفونت به جنین، همچنین، سندرم واریسلای مادرزادی وجود دارد. با ابتلا به این سندرم، جنین می‌تواند اثرات زخمی (مانند جای زخم‌هایی که بچه‌های کوچک به دلیل آبله‌مرغان بر روی بدنشان ایجاد می‌شود)، برخی ناهنجاری‌ها در رشد دست‌ها و پاها، مشکلاتی در ارتباط با رشد و تأخیرات مربوط به رشد و تکامل داشته باشد.

نگران نباشید

- ✓ خوشبختانه، سندرم واریسلای مادرزادی بسیار نادر است. (در کمتر از ۱ درصد از مواردی که عفونت در سه‌ماهه‌ی اول، و ۲ درصد در اوایل سه‌ماهه‌ی دوم بروز می‌کند، اتفاق می‌افتد.)
- ✓ چنانچه در فاصله‌ی پنج روز قبل یا پنج روز بعد از زایمان به آبله‌مرغان مبتلا شوید، نوزاد در معرض خطر بروز عفونت شدید آبله‌مرغان در دوره‌ی نوزادی قرار می‌گیرد. می‌توانید با تزریق گلوبولین مصونیت‌زای واریسلا زوستر به نوزاد، این احتمال را تا حد زیادی کاهش دهید.

همان ویروس واریسلا زوستر که موجب بروز آبله‌مرغان می‌شود، می‌تواند شکل عودکننده‌ای از عفونت را ایجاد کند که به آن زونا گفته می‌شود. اکثر نوزادانی که از زنان باردار مبتلا به زونا به‌دنیا می‌آیند، کاملاً سالمند. از آنجا که زونا نسبت به آبله‌مرغان کمتر در دوران بارداری شایع است، دکترها در واقع نمی‌دانند چقدر نقایص مادرزادی بعد از ابتلا یک زن باردار به این بیماری شایع است، گرچه به نظر می‌رسد میزان آن ۱ تا ۲ درصد کمتر از آنچه در آبله‌مرغان مشاهده شده است، باشد.

هشدار!

در صورتی که مطلع شدید نسبت به آبله‌مرغان آسیب‌پذیرید، از تماس مستقیم با هر فردی که مبتلا به زونا است پرهیز کنید، زیرا این ضایعات حاوی ویروس واریسلا زوستر است که می‌تواند موجب بروز عفونت آبله‌مرغان در زنان مستعد شود.

سرماخوردگی و آنفولانزا

نگران نباشید

اکثر مردم تقریباً سالی یک‌بار سرما می‌خورند، بنابراین این امر که اکثر خانم‌ها یک بار در دوران بارداری مبتلا می‌شوند، تعجب آور نیست. هیچ چیزی در مورد بارداری

مادران باردار می‌پرسند...

س: «آیا زدن واکسن آنفولانزا در دورانی که از شیوع آنفولانزا می کنند، می‌توانید تزریق واکسن
باردارم بی‌خطر است؟» را در نظر بگیرید. به‌خاطر داشته باشید، واکسن
ج: بله. این واکسن کاملاً بی‌خطر است. در برابر تمام ویروس‌های آنفولانزا محافظت
بنابراین چنانچه احتمال حضور شما در میان نمی کند، تنها نسبت به انواعی که محققان اعتقاد
افراد بیمار زیاد است یا در صورتی که مقامات دارند در حوزه‌ی شما شایع خواهد بود، شما را
بهداشتی منطقه‌ی شما پیش‌بینی فصل بدی را مصون می کند.

شما را نسبت به ویروس سرماخوردگی ضعیف نمی‌کند، ولی خستگی و احتقانی که با بارداری همراه است، می‌تواند سرماخوردگی را شدیدتر نشان دهد. در هر حال، سرماخوردگی عادی کاملاً برای جنین در حال رشد بی‌ضرر است. همان‌طور که همه می‌دانیم، هیچ درمانی وجود ندارد، بنابراین تنها راه، درمان علایم است. برخلاف اعتقاد عامه، اکثر داروهای سرماخوردگی ــ آنتی‌هیستامین‌ها، شربت‌های ضد سرفه، و امثال آن ــ هنگامی که به مقدار تجویز شده مصرف شود، برای خانم‌های باردار بی‌خطر است.

در زیر پیشنهادهایی برای رسیدن به علایم سرماخوردگی و آنفولانزا آورده‌ایم:

- ✓ **مایعات، مایعات، و مایعات بیشتری بنوشید.** تمام بیماری‌های ویروسی موجب کم‌آبی بدن می‌شود، و باردار بودن تنها مشکل را تشدید می‌کند. زمانی که دچار سرماخوردگی یا آنفولانزا می‌شوید، به‌وفور آب، آب میوه یا سودا بنوشید. از نوشیدن شیر خودداری کنید.
- ✓ **از یک تب‌بُر استفاده کنید.** مصرف استامینوفن به مقدار تجویز شده برای کمک به پایین آوردن تب بلامانع است. این اقدام به تنهایی کمک می‌کند تا مردم احساس بهتری پیدا کنند. به‌هرحال، چنانچه تب شما بیش از چند روز ادامه داشت، به دکتر خود خبر دهید.
- ✓ **استفاده از شربت ضد احتقان.** سودوافدرین (سودافد) داروی ضد احتقان انتخابی برای دوران بارداری است. هیچ دلیلی حاکی از آن نیست که سودافد در صورت مصرف به مقدار عادی بعد از سه‌ماهه‌ی اول تأثیرات زیانباری داشته است. این اظهار احتمالاً برای سه‌ماهه‌ی اول نیز صحت دارد، ولی مطالعات اندکی بر روی آن صورت گرفته است.
- ✓ **از اسپری بینی استفاده کنید، ولی نه به مدت طولانی.** در صورت استفاده‌ی کوتاه‌مدت (این اصل برای افراد غیرباردار نیز مصداق دارد)، مصرف اسپری‌های ضداحتقان بینی بلامانع است. اسپری‌های ضد احتقان، با استفاده‌ی

متناوب، می‌تواند امکان تنفس راحت‌تری برای شما فراهم کند. با استفاده‌ی هر روزه، تنها ممکن است مشکل را طولانی‌تر کند. اسپری‌های بینی آب نمک برای استفاده‌ی دراز مدت مناسب است، ولی اغلب در کاهش احتقان زیاد مؤثر نیست.

✓ **غذای ساده بخورید.** آخرین، ولی قطعاً نه کم‌اهمیت‌ترین کار این است که مقداری سوپ جوجه بخورید. مطالعات علمی نشان داده است سوپ جوجه دارای خواصی است که به کسانی که سرما خورده‌اند کمک می‌کند تا احساس بهتری به‌دست آورند؛ گرچه، حتی هیچ کسی دقیقاً نمی‌داندکه آن خواص چیست. (به دستور غذایی مادر جوآن که در بخش جانبی در همین نزدیکی آمده است نگاه کنید.)

می‌توانید از همین روش‌های درمانی برای سرماخوردگی عادی و عفونت‌های آنفولانزا استفاده کنید. اگر در دوران بارداری آنفولانزا شدید، احتمالاً همان تجربه‌ای را دارید که در زمانی که باردار نیستید.

آلرژی‌های فصلی و تب یونجه

مردم عموماً برای درمان آلرژی‌های فصلی آنتی‌هیستامین مصرف می‌کنند. داروهای قدیمی‌تر، نسل اول، مانند کلرفنیرامین (کلر تریمتن یا سینوتب)، برای مدتی طولانی عرضه می‌شد، و اکثر متخصصان زنان با آن‌ها در دوران بارداری راحت بودند. آنتی‌هیستامین‌های جدیدتر، از جمله کلاریتین یا زیرتک، مزیت بیشتری دارد که موجب خواب‌آلودگی زیاد نمی‌شود. اگرچه محققان مطالعات زیادی بر روی این داروها در دوران بارداری انجام نداده‌اند، می‌دانیم هیچ گزارشی مبنی بر افزایش خطر نقص عضوهای جنینی یا اثرات نامطلوب وجود ندارد. سومین راه یک اسپری بینی است که حاوی کرومولین یا مقدار کمی استروئید است و بسیار مؤثر نیز هست.

بسیاری از بیماران ما در مورد استفاده از راخ پات[1] در دوران بارداری سؤال می‌کنند. مردم آسیا قرن‌ها از این گیاه برای مبارزه با التهاب و سرماخوردگی پیش پا افتاده استفاده کرده‌اند. به‌طور کلی، مردم از یک دارو یا مکملی که حاوی راخ پات است، هنگامی استفاده می‌کنند که اولین علایم بروز سرماخوردگی را احساس می‌کنند. هیچ دلیلی حاکی از بروز مشکل در دوران بارداری با استفاده از راخ پات وجود ندارد. تنها تحقیقی که پیدا کردیم، شامل تعداد معدودی از بیماران بود. اگرچه هیچ گونه اثرات نامطلوبی پیدا نشده، ولی هرگونه نتیجه‌گیری از چنین مطالعه‌ی محدودی، مشکل است.

---

۱. گیاه دارویی مؤثر در سرماخوردگی. Echinacea. م.

دستور سوپ جوجه‌ی مادر رجینا

به این غذای تقویتی قدیمی تکیه کنید تا در رفع سرماخوردگی یا آنفولانزا به شما کمک کند.

۴ لیتر آب

۱ عدد مرغ، که به قطعات بزرگ بریده شده باشد

۳ عدد پیاز، پوست کنده و به چهار قسمت شود

۴ عدد هویج سفید (قمی)، پوست کنده و به دو نیم شود

۶ عدد ساقه‌ی کرفس، به دو نیم شود

۶ عدد هویج، پوست کنده و به دو نیم شود

۴ قاشق غذاخوری جعفری تازه

۴ قاشق غذاخوری شوید تازه

نمک و فلفل به مقدار کافی

۲ تا ۴ عدد قرص مرغ

۱. مرغ را به همراه آب در یک قابلمه‌ی بزرگ ریخته و بجوشانید. کف آن را بگیرید.

۲. پیاز، هویج سفید، کرفس، هویج و نمک و فلفل را اضافه کنید.

۳. درِ آن را گذاشته و به مدت دو ساعت بجوشانید.

۴. قرص‌های مرغ را اضافه کنید (۲ تا ۴ عدد برای دادن طعم)

۵. جعفری و شوید را اضافه کنید.

۶. برای یک ساعت دیگر بگذارید بجوشد.

۷. آب سوپ را در ظرف دیگری ریخته، مرغ را نگه داشته و سبزیجات را دور بریزید.

۸. هنگامی که به‌قدر کافی سرد شد، گوشت مرغ را بریده و برای سالاد مرغ یا هرچیز دیگری که مایلید، استفاده کنید.

۹. فوراً میل کنید؛ در صورت امکان، یک شب در یخچال گذاشته و سپس چربی بسته‌شده بر روی آب سوپ را بگیرید.

توصیه: برای درست کردن سوپ جوجه با ورمیشل، ورمیشل پخته به آن اضافه کنید.



در صورتی که تب شما بیش از چند روز ادامه یافت، یا چنانچه سرفه‌هایی با مخاط سبزرنگ یا زرد به‌وجود آمد، یا مشکل تنفسی پیدا کردید، برای اطمینان از عدم ابتلا به ذات‌الریه، با دکتر خود تماس بگیرید.

عفونت‌های سیتومگالوویروس (CMV)

سیتومگالوویرویس یک بیماری ویروسی است که در میان کودکان سنین پیش‌دبستانی شایع است. علایم آن بسیار شبیه به علایم آنفولانزاست ـ خستگی، کسالت و درد. هرچند، در اکثر موارد، یک عفونت در نهایت هیچ علایمی به‌وجود نمی‌آورد. بیش از نیمی از خانم‌ها، تا زمانی که آن‌قدر بزرگ شوند که خود صاحب فرزندانی شوند، زمانی در طول زندگی خود قبلاً به ویروس سیتومگالوویروس مبتلا شده‌اند، که پادتن‌های موجود در خون آن‌ها دلیلی بر این ادعاست.

اکثر پزشـــکان به‌طور عادی برای بررســـی پادتن‌ها آزمایش نمی‌دهند، زیرا احتمال بسیار کمی وجود دارد که زنی در دوران بارداری مبتلا به این عفونت شود. همچنین، عفونـــت معمولاً هیچ علایمی ندارد، یک خانم بایـــد به‌طور مکرر آزمایش دهد تا از بروز یا عدم بروز عفونت در دوران بارداری خود مطلع شود. به‌هرحال، بررسی نسبت به آسـیب‌پذیری در برابر عفونت (که بررسی پادتن‌هاست)، در زنانی که در معرض خطر بیشـــتری هســـتند ــ به‌عنوان مثال، زنانی که در ارتبـــاط نزدیک با کودکان پیش‌دبستانی‌اند ــ می‌تواند مؤثر باشد.

اهمیت عفونت ویروس ســـیتومگالوویروس در دوران بارداری آن اســـت که ویروس می‌تواند به جنین منتقل شده و ایجاد یک عفونت مادرزادی کند. سیتومگالوویروس مادرزادی، در واقع شـــایع‌ترین دلیل عفونت در داخل رحم اســـت، و در ۰/۵ تا ۲/۵ درصـــد از تمام نوزادان رخ می‌دهـــد. با وجود این، در اکثر مواقع، نوزادانی که با این عفونت به‌دنیا می‌آیند، در بدو تولد سالمند.



در صورتی که در دوران بارداری مبتلا به سیتومگالوویروس شدید (و تنها ۲ درصد از زنان باردار مســـتعد مبتلا می‌شوند)، تنها در حدود یک سوم از مواقع، عفونت به جنین منتقل می‌شود. راه‌های تشخیص عفونت جنینی شامل انجام آمنیوسنتز برای بررسی شواهدی از عفونت در مایع آمنیوتیک و سونوگرافی است. حتی در آن دسته بچه‌هایی که به سیتومگالوویروس مبتلا شده‌اند، ۹۰ درصد در هنگام تولد علایمی از عفونت ندارند (گرچه درصد کمی از آن‌ها بعدها در طول زندگی با علایمی چون از دست دادن شنوایی یا مشکلات در ارتباط با رشد مواجه می‌شوند).

در صورتی که فرزند شما در رحم به سیتومگالوویروس مبتلا شود، احتمال ابتلا به مشکلات حاد بنا بر موارد زیر متفاوت می‌شود:

- ✓ سن بارداری بچه در زمانی که عفونت بروز می‌کند
- ✓ ابتلای مادر به سیتومگالوویروس برای اولین بار در دوران بارداری اتفاق افتاده باشد (عفونت اولیه)، یا اینکه در گذشته مبتلا شده باشد (عفونت راجعه)

چنانچه مادر پس از سه‌ماهه‌ی دوم به عفونت مبتلا شده یا در صورتی که یک عفونت عود کرده باشد، احتمال بروز مشکلات جدی در نوزاد بسیار کمتر است.

ســـیتومگالوویروس مادرزادی علامتی حاد نادر است و تنها در حدود ۱ در ۱۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نوزاد رخ می‌دهد. این امر می‌تواند به کاهش شـــنوایی، مشکلات بینایی و حتی برخی نقایص ذهنی منجر شـــود. از آنجا که سیتومگالوویروس یک ویروس است، آنتی‌بیوتیک‌ها کمکی نمی‌کنند.

سرخجه (سرخک آلمانی)

ویروس سرخجه باعث سرخک آلمانی می‌شود، و تنها نوع سرخکی است که تأثیر بارزی بر بارداری دارد. چنانچه در حین سه‌ماهه‌ی اول به سرخجه مبتلا شوید، ۲۰ درصد احتمال بروز سندرم مادرزادی سرخجه برای بچه وجود دارد. به‌هرحال، این احتمال، حتی در سه‌ماهه‌ی اول از ماه اول تا ماه سوم متفاوت است. خوشبختانه، عفونت حاد سرخجه در دوران بارداری به‌شدت غیرشایع است.

هپاتیت

انواع گوناگون هپاتیت به طرق مختلف بر روی مادر و بچه اثر می‌گذارد:

- ✓ **هپاتیت آ** از طریق تماس فرد به فرد یا از طریق عرضه‌ی آب و غذای آلوده منتقل می‌شود. مشکلات جدی ناشی از هپاتیت آ در دوران بارداری نادر است. ویروس به جنین در حال رشد منتقل نمی‌شود. چنانچه در دوران بارداری در معرض آن قرار گرفتید، ظرف دو هفته پس از تماس، گلوبولین مصونیت‌زا تزریق کنید.
- ✓ **ویروس هپاتیت ب** از طریق تماس جنسی، استفاده از داروهای داخل وریدی، یا از طریق انتقال خون منتقل می‌شود. درصد کمی از خانم‌های بارداری که به عفونت هپاتیت ب مبتلایند یک بیماری مزمن دارند، که می‌تواند به آسیب‌دیدگی کبد منجر شود. عفونت هپاتیت ب گرچه زیاد شایع نیست، می‌تواند به جنین منتقل شود. در صورتی که دارای عفونت هپاتیت ب مثبتید، بعد از زایمان به متخصص اطفال اطلاع بدهید تا نوزاد بتواند از ایمن‌سازی مناسب برخوردار شود.
- ✓ **هپاتیت سی** مانند هپاتیت ب منتقل می‌شود. کمتر از ۱۰ درصد از خانم‌های مبتلا به هپاتیت سی مثبت، عفونت را به فرزندان خود منتقل می‌کنند. در صورت مثبت بودن این ویروس در شما، از شیر دادن خودداری کنید.
- ✓ **هپاتیت دی، ای، و جی** بسیار کمتر شایع است. در صورت تمایل به کسب اطلاعات بیشتر، از پزشک خود سؤال کنید.

عفونت‌های هرپس

هرپس ویروس شایعی است که دهان، گلو، پوست و مجرای اندام‌های تناسلی را آلوده می‌کند. در صورتی که سابقه‌ی هرپس دارید، مطمئن باشید عفونت هیچ

خطری برای جنین در حال رشد به‌وجود نمی‌آورد. نگرانی عمده آن است که ممکن است هنگام درد یا هنگامی که کیسه‌آبتان پاره می‌شود، ضایعات هرپسی فعالی در اندام‌های تناسلی داشته باشید. اگر داشته باشید، خطری جزئی برای انتقال عفونت به بچه در حین عبور از مجرای زایمان وجود دارد. اگر عفونت هرپس برای اولین بار بروز کرده باشد، احتمال ابتلای جنین به ویروس بیشتر است، زیرا در برابر ویروس پادتنی ندارید. مطالعات نشـــان می‌دهد در خانم‌هایی که ســـابقه‌ی بازگشت مجدد هرپس دارند، ممکن اســـت احتمال داشـــتن عفونت هرپس فعال در زمان زایمان با مصرف دارویی به نام آسیکلوویر در ماه آخر دوران بارداری کمتر شود.



در صورتی که در زمان درد یا پارگی پرده‌های جنینی، دچار ضایعات هرپسی فعال در اندام تناسلی باشید، به پزشک خود اطلاع دهید. او احتمالاً برای پیشگیری از عفونی شـــدن بچه به زایمان ســـزارین اقدام می‌کند. در صورتی که هیچ ضایعه‌ای مشاهده نکنید، ولی احســـاس کنید که ممکن است به‌وجود بیاید نیز، با دکتر خود صحبت کنید. در این مورد، انجام سزارین می‌تواند عاقلانه باشد.

ویروس مختل‌کننده‌ی دستگاه ایمنی انسان (HIV)

در طی چند سال گذشته، مطالعات نشان داده است که برخی از داروهایی که برای درمان عفونت اچ ای وی به‌کار برده شده، می‌تواند در حد چشمگیری احتمال انتقال ویروس را از مادر به فرزند او کاهش دهد. به همین دلیل، دکترها به انجام آزمایش اچ ای وی در اوایل دوران بارداری توصیه می‌کنند، و چنانچه خانمی اچ ای وی مثبت باشـــد، این داروها را در دوران بارداری و همچنین در طول درد دریافت می‌کند.در برخـــی از ایالات در ایالات متحده، انجام آزمایش برای تمام زنان باردار حتی الزامی است، و در صورت عدم انجام آزمایش، نوزاد او می‌بایست قبل از ترخیص از بیمارستان مورد آزمایش قرار گیرد.

به منظور کاهش احتمال ابتلای بچه به اچ ای وی، از انجام هر فرایند تهاجمی‌ای که بتواند موجب خونریزی شود، از جمله آمنیوسنتز یا نمونه‌برداری از پرزهای کوریونیک، تا زمانی که جداً لازم نباشـــد خودداری کنید. در صورتی که دکتر شما این مراحل را انجام دهد، اکثر دکترها توصیه می‌کنند مادر بلافاصله قبل از اقدام، داروهای ضد ویروسی داخل وریدی دریافت کند تا احتمال آلوده شدن جنین به حداقل برسد.



در صورت ابتلا به ویروس اچ ای وی از شیر دادن خودداری کنید، زیرا ممکن است ویروس را به نوزاد انتقال دهید. هر نوع روشی که برای جلوگیری از بارداری انتخاب می‌کنید، استفاده از کاندوم، علاوه بر آن، جداً ضروری است.

در صورتی که اچ ای وی مثبت هستید، توجه داشته باشید که تحت نظر دقیق متخصصان اچ ای وی باشید تا از مزیت درمان‌های پیشرفته بهره‌مند شوید.

بیماری لایم

بیماری لایم عفونتی است که از طریق گزش کنه‌ی گوزن انتقال می‌یابد. بارداری شما را برای ابتلا به بیماری لایم مستعد نمی‌کند و یا در صورت ابتلا باعث تشدید آن نمی‌شود. خبر مسرت‌بخش آن است که شواهد حاکی از آن است که بیماری لایم هیچ آسیبی به جنین نمی‌رساند. مشکل آن است که ممکن است شما را بیمار کند.



اگر فکر می‌کنید یک کنه‌ی گوزن شما را گزیده، به پزشک خود اطلاع دهید. ممکن است برای تشخیص ابتلای شما به بیماری لایم، آزمایش خون انجام دهد و احتمالاً برای پیشگیری از اثرات درازمدت، برایتان آنتی‌بیوتیک‌هایی شروع کند.

پاروویروس (بیماری پنجم)[1]

پاروویروس یک عفونت شایع دوران خردسالی است که با تب و ویژگی دانه‌ی پوستی (گونه‌ی سرخ) ظاهر می‌شود. عفونت در بزرگسالان می‌تواند با علایم آنفولانزامانند بروز کند: تب، درد، گلودرد، آب‌ریزش بینی و درد مفصل و یا ممکن است اصلاً بدون هیچ علایمی بروز کند. سه‌چهارم تمام زنان باردار نسبت به پاروویروس مصونند، بنابراین حتی اگر در معرض فردی مبتلا قرار گیرند، هیچ مشکلی پیش نمی‌اید.



اگر نسبت به پاروویروس مصون نباشید یا ندانید هستید یا نه، و در تماس با فردی مبتلا قرار گرفته باشید، به پزشک خود اطلاع بدهید تا بتوانید آزمایش دهید. زنان بارداری که ساعات زیادی را با کودکان دبستانی می‌گذرانند (مثلاً معلم‌ها یا کارکنان مهدکودک)، می‌توانند قبل از بارداری یا در اوایل سه‌ماهه‌ی اول به‌طور عادی مورد آزمایش قرار گیرند.

حتی اگر به این بیماری مبتلا شوید، احتمال سالم به‌دنیا آمدن فرزند شما بسیار زیاد است. هیچ دلیلی نشان نمی‌دهد پاروویروس موجب نقایص مادرزادی شده باشد. با این حال، در مواردی نادر، می‌تواند خطر سقط جنین را در اوایل دوران بارداری یا

۱. نوعی بیماری کم و بیش مسری که گاهی به‌طور همه‌گیر بروز می کند و به شکل نقطه‌های برجسته‌ی قابل لمس به رنگ گل رز مشخص می‌شود. این بیماری اصولاً در کودکانی ایجاد می شود که سن آن‌ها بین ۴ تا ۱۲ سال است. م.

بروز کم‌خونی در جنین افزایش دهد. به همین دلیل، ممکن اســت پزشک شما به انجام سونوگرافی‌های منظم به منظور بررسی نشانه‌هایی از کم‌خونی جنینی توصیه کند. در صورت بروز کم‌خونی، دکترها می‌توانند در حالی که بچه هنوز داخل رحم شــما است، تعویض خون انجام دهند (به فصل ۶ رجوع کنید) یا در صورتی که در اواخر دوران بارداری باشید، پیشنهاد به به‌دنیا آوردن بچه کنند.



خبر فوق‌العاده خوب: مطالعات اخیر نشــان می‌دهد نوزادانی که در دوران بارداری به پاروویروس آلوده شده‌اند، حتی در صورت بروز کم‌خونی، چنانچه به‌خوبی درمان شوند، احتمالاً مانند هر نوزاد دیگری سالم به‌دنیا می‌آیند.

ویروس‌های معده (گاستروآنتریت)

حملــه‌ی آنفولانزای معده می‌تواند در هر زمانی اتفاق بیفتد، چه باردار باشــید چه نباشید. علایم آن عبارت است از: انقباضات معده، تب، اسهال، و حالت تهوع، همراه با اســتفراغ یا بدون آن، و در همه‌جا از ۲۴ تا ۷۲ ساعت ادامه می‌یابد. ویروس‌هایی که باعث گاستروآنتریت می‌شود، معمولاً آسیبی به فرزند شما نمی‌رساند.



اگر نتوانستید چند روزی غذا بخورید، از عدم دریافت مواد غذایی کافی بچه نگران نباشید. جنین‌ها حتی اگر مادرانشان چند وعده‌ی غذایی را هم از دست بدهند، روبه‌راهند.



در صورت ابتلا به ویروس معده، حتماً به مقدار زیادی مایعات بنوشید. کم آبی می‌تواند به انقباضات زودرس منجر شود و با خستگی و سرگیجه همراه باشد. از سوپ جوجه‌ای که قبلاً اشاره کردیم، همچنین سایر مایعات (آب، جینجر ایل[1]، چای یا آب سوپ) امتحان کنید. از خودتان به همان طریقی که باردار نبودید، مراقبت کنید. در صورتی که علایم شما بیش از ۷۲ ساعت ادامه یافت، با دکتر خود تماس بگیرید.

توکسوپلاسموز

توکسوپلاسموز عفونتی است که از طریق انگلی به‌وجود می‌آید که در گوشت خام و مدفوع گربه زندگی می‌کند. در صورتی که انگل وارد جریان خون شــخصی شود، ممکن اســت به علایم آنفولانزامانند، یا در برخی موارد، به هیچ‌گونه علایمی منجر نشود. این نوع عفونت در ایالات متحده بسیار نادر است، و عفونت‌ها در زنان باردار هنوز هم نادرتر است، از هر ۱۰۰۰ زن تنها در ۲ نفر اتفاق می‌افتد، در حالی که در فرانسه، شایع‌تر است.

---

۱. نوعی نوشابه‌ی گازدار غیرالکلی. م.

اگر یک زن باردار آلوده شود، احتمال انتقال عفونت به بچه، و عوارض احتمالی که می‌تواند داشته باشد، تا حد زیادی به زمانی که مبتلا شده است بستگی می‌یابد. اگر در طول سه‌ماهه‌ی اول مبتلا شده باشد، احتمال آلوده شدن بچه کمتر از ۲ درصد است. اگر ابتلا در ماه‌های بعدی بارداری باشد، احتمال آلوده شدن بچه بیشتر، ولی عوارض عفونت خفیف‌تر است. عفونت توکسوپلاسموز اولیه، در جنین می‌تواند موجب بروز ناهنجاری‌های سیستم اعصاب مرکزی و بینایی شود.



اگر در گذشته به این عفونت مبتلا شده باشید و بنابراین پادتن‌هایی در خون شما وجود داشته باشد، به احتمال خیلی زیاد مجدداً به این عفونت مبتلا نمی‌شوید. اگر بررسی آزمایشـگاهی نشان بدهد اخیراً مبتلا شده‌اید، پزشکتان احتمالاً از طریق یک آزمایشـگاه مخصوص خون شما را آزمایش می‌دهد تا صحت آزمایش مثبت تأیید شـود. (بسـیاری از آزمایش‌های اولیه به اشتباه مثبت می‌شود.) در صورتی که نتیجه باز هم مثبت باشـد، و نشـان دهد بعد از باردار شـدن مبتلا شـده‌اید، پزشـکتان برای کاهش احتمال آلودگی جنین نیـز آنتی‌بیوتیک‌های مخصوصی برای شـما تجویز می‌کند. سپس، در سـه‌ماهه‌ی دوم، احتمالاً پزشک شما برای تشخیص آلوده شدن جنین، یک آمنیوسنتز انجام می‌دهد. در آن صورت، مصرف آنتی‌بیوتیک‌های بیشتری برای مابقی دوران بارداری ضروری است. پزشک ممکن اسـت به شـما توصیه کند در مـورد تمام راه‌های انتخاب بـا یک متخصص طب مادری ـ جنینی مشورت کنید.

در صورت ابتلا به توکسوپلاسـموز، به‌خاطر داشـته باشید مطالعات اخیر از فرانسه نشان می‌دهد اکثریت جنین‌های آلوده با انگل که با آنتی‌بیوتیک‌های مناسب درمان شده‌اند، از پیش‌آگهی فوق‌العاده‌ای برخوردارند.



هیچ واکسنی برای پیشگیری از توکسوپلاسموز وجود ندارد. بهترین راه برای جلوگیری از بیماری، به حداقل رساندن مصرف گوشت خام یا نیم پز است. از خوردن کارپاچیو[1] صرف‌نظر کنید. استیک‌های خود را حداقل با پخت متوسط سفارش دهید. همچنین از مدفوع گربه اجتناب کنید. اگر گربه‌ای بیرون از خانه دارید، برای عوض کردن ظرف مدفوع او از شـخص دیگری درخواست کنید. (احتمال آلودگی گربه‌های خانگی‌ای که هرگز بیرون نرفته و در تماس با انواع موش‌ها نبوده باشند، به انگل بسیار ضعیف است.) اگر هیچ فرد دیگری نمی‌تواند این کار را انجام دهد، هنگام عوض کردن ظرف، دستکش پلاستیکی بپوشید. همچنین اگر در باغچه‌ای کار می کنید که ممکن است گربه‌های همسایه در آن بازی کنند، از دستکش استفاده کنید.

---

۱. غذایی از گوشت گاو خام که با سس سرکه‌ی سرد و روغن زیتون صرف می‌شود. م.

عفونت‌های مهبلی

باکتری و سایر ارگانیسم‌ها، با فرصتی جزئی، فوراً در مهبل لانه می‌کند، جایی که شرایط آن گرم و مرطوب است، بهترین حالت برای رشد و تکثیر آن‌هاست. یک زن می‌تواند در هر زمانی، حتی در دوران بارداری به یک عفونت مبتلا شود.

واژینوز باکتریال

واژینوز باکتریال (BV) یک عفونت شایع مهبلی است. علایم آن شامل ترشح زرد مایل به سفید، و بودار است که بعد از مقاربت جنسی شدیدتر می‌شود. تحقیقات واژینوز باکتریال را با خطر نسبتاً بیشتری برای زایمان زودرس مرتبط کرده است، که به همین دلیل برخی از پزشکان برای آگاهی از احتمال بروز زایمان زودرس، بیماران خود را از نظر واژینوز باکتریال بررسی می‌کنند. درمان شامل آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی یا پمادهای آنتی‌بیوتیک مهبلی است.

کلامیدیا

کلامیدیا یکی از شایع‌ترین بیماری‌های آمیزشی مسری است. این بیماری اغلب بی‌هیچ علایمی بروز می‌کند. برخی پزشکان به‌طور عادی برای کنترل کلامیدیا همزمان با انجام تست پاپ اسمیر، یک کشت از دهانه‌ی رحم هم می‌دهند. در صورتی که کشت شما مثبت باشد، دکتر برای درمان عفونت دارویی تجویز خواهد کرد. کلامیدیا می‌تواند در طول زایمان طبیعی به نوزاد شما منتقل شود، که احتمال ابتلای نوزاد به التهاب ملتحمه (یک عفونت چشمی)، یا با احتمال کمتری، ذات الریه افزایش خواهد یافت. اکثر بیمارستان‌ها به‌طور عادی کمی بعد از زایمان برای پیشگیری از التهاب ملتحمه، چه مادر آلوده به کلامیدیا باشد چه نباشد، به چشمان نوزادان پماد می‌مالند.

عفونت‌های قارچی

عفونت‌های قارچی در دوران بارداری بسیار شایع است. مقدار زیاد استروژنی که در جریان خون در دوران بارداری در گردش است، به رشد قارچ در مهبل کمک می‌کند. علایم عفونت، خارش مهبلی و ترشح غلیظ زرد مایل به سفید است. با وجود این، بسیاری از خانم‌ها بدون هیچ‌گونه علایمی مبتلا به عفونت‌هایی می‌شوند. اغلب تنها درمان مورد لزوم، یک دوره‌ی کوتاه‌مدت مصرف شیاف یا پمادهای مهبلی است. برای عفونت‌های سمج، دکتر شما می‌تواند داروهای خوراکی تجویز کند.



عفونت‌های قارچی معمولاً برای جنین یا نوزاد مشکلی ایجاد نمی‌کند.

کنترل بیماری‌های پیش از بارداری

بخش‌های بعدی به شرح بیماری‌هایی که ممکن است قبل از بارداری به آن‌ها مبتلا بوده‌اید و نحوه‌ی تأثیر آن‌ها بر دوران بارداری و بالعکس می‌پردازد.

آسم

پیش‌بینی چگونگی تأثیر بارداری بر آسم یک خانم مشکل است. برخی از خانم‌ها متوجه می‌شوند بیماری آن‌ها در دوران بارداری بهتر می‌شود، برخی متوجه می‌شوند که شدت می‌یابد، و در حدود نیمی از آن‌ها در نهایت هیچ تفاوتی احساس نمی‌کنند.

نگرانی عمده‌ی زنان مبتلا به آسم آن است که آیا می‌توانند با اطمینان خاطر به مصرف داروهای خود در دوران بارداری ادامه بدهند یا نه. به‌خاطر داشته باشید، بزرگ‌ترین مشکلی که در رابطه با آسم وجود دارد، دارو نیست، بلکه امکان آن است که زنان باردار داروهای خود را کنار بگذارند. اگر برای تنفس دچار مشکل شوید، ممکن است اکسیژن کافی به بچه نرسد. اکثر داروهای مورد استفاده برای آسم برای بچه کاملاً بی‌خطر است، که شامل موارد زیر می‌شود:

- ✓ بتا آگونیست[1]ها (سرونت، البوترول، متا پروترنول، تربوتالین، پروونتیل، الوپنت)
- ✓ کورتیکو استروئیدها (پردنیزون)
- ✓ کرومولین سدیم
- ✓ تئوفیلین (تئودور)
- ✓ استروئیدهای استنشاقی (فلونت، ونسریل، بکلاونت، و غیره)

می‌توانید به منظور کنترل حملات حاد از اقدامات پیشگیری‌کننده استفاده کنید. پیش‌بینی حملات برای بیماران آسمی با مراقبت از خود از طریق حداکثر میزان جریان بازدمی (اکثر بیماران آسمی می‌دانند این‌ها چه‌اند، یا اگر ندانند، باید از متخصص ریه‌ی خود بپرسند) مؤثر است. این کار به‌طور طبیعی، به جلوگیری از شرایطی که موجب شروع حملات می‌شود، کمک می‌کند.

---

۱. آگونیست به معنای دارای اثر موافق است. م.

فشارخون مزمن

فشـــارخون مزمن به فشارخون بالایی اطلاق می‌شـــود که جدا از بارداری بروز کند. اگرچه بسیاری از خانم‌هایی که دچار این بیماری هستند نسبت به این بیماری پیش از باردار شدن آگاهند، دکترها گه گاه در طول دوران بارداری آن را تشخیص می‌دهند. در صورتی که به فشارخون مزمن خفیف یا متوسط مبتلایید، احتمال زیادی دارد که دوران بارداری شـــما بدون ماجرا باشد. با وجود این، دکترتان مراقب شرایط خاصی است که می‌تواند بر شما یا بچه تأثیر بگذارد.



خانم‌های مبتلا به فشارخون مزمن، در معرض خطر بیشتری برای بروز مسمومیت بارداری قرار دارند، بنابراین دکتر شـــما به‌دنبال هرگونه نشانه‌ی بروز این شرایط در شماســـت. خطر عمده برای بچه، محدودیت رشـــد داخل رحمی (IUGR) یا پارگی جفتی (به فصل ۱۵ رجوع کنید) اســـت. دکتر شـــما ممکن است برای کنترل رشد بچه و اطمینان از داشتن مایع آمنیوتیک کافی، به‌طور مرتب سونوگرافی انجام دهد. همچنین ممکن است برای کنترل سلامتی جنین، بعداً در دوران بارداری به انجام آزمایش‌هایی پیشنهاد بدهد، از جمله آزمایش‌های بدون استرس انقباضی (به فصل ۸ رجوع کنید). کنترل کلی دوران بارداری شما به میزان کنترل مطلوب فشار خونتان، وضعیت کلی سلامت و چگونگی رشد بچه بستگی دارد.

ترومبوز وریدی عمقی و آمبولی ریوی

ترومبوز وریدی عمقی (DVT)، لخته خونی است که در عمق یک رگ، از همه شایع‌تر در ساق پا به‌وجود می‌آید. آمبولی ریوی لخته خونی است که در ریه به‌وجود می‌آید، و اغلب لخته‌ای اســـت که از یکی از رگ‌های عمقی ســـاق پا بیرون آمده و به سمت

بیماران ما می‌خواهند بدانند...

س: «آیا داروهای فشار خون بی‌خطر است؟»

ج: اکثر داروها بی‌خطر اســـت، ولی بسیاری از آن‌ها در دوران بارداری به‌خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است. در مورد این سؤال مهم با دکتر خود مشـــورت کنید. به‌هرحال، از داروهای خاصی، باید خودداری شـــود. بازدارنده‌های تغییر آنزیم تنگی رگ (که به بازدارنده‌های ACE معروف است)، خطراتی برای مشکلات کلیوی در جنین ایجاد می‌کند. مســـدودکننده‌های بتـــا، اگرچه کاملاً بی‌خطر تلقی شـــده، احتمالی جزئی برای محدودیت رشـــد داخل رحمی (IUGR) دارد. همچنین، بهتر است از داروهای مدر نیز خودداری شـــود، مگر اینکه تنها روش درمان برای فشـــار خون بالا باشد.

ریه حرکت کرده باشــد. این شــرایط هر دو نادر است، و کمتر از یک درصد از زنان باردار را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

علایم ترومبوز وریدی عمقی شامل درد، ورم و التهاب، معمولاً در ماهیچه‌ی ساق پا، و یک ســفتی طناب‌مانند است که از پشت ساق پا پایین می‌آید. تشخیص ترومبوز وریدی عمقی قبل از احتمال بروز آمبولی ریوی حائز اهمیت است.



به‌خاطر داشته باشید که درد عضلانی، انقباض و ورم علایم شایعی از دوران بارداری عادی، و ترومبوز وریدی عمقی کاملاً غیرعادی است. در صورت مواجهه با شروع ناگهانی چنین علایمی، به دکتر خود خبر دهید، ولی در مورد آن‌ها وحشت نکنید.

دیابت

دیابت به‌عنوان یک مشکل در دوران بارداری به دو طریق مطرح می‌شود:

- ✓ قبل از باردار شدن به این بیماری مبتلا بوده‌اید
- ✓ دچار وضعیتی شده‌اید که به آن دیابت دوران بارداری گفته می‌شود، که منحصر به دوران بارداری است و معمولاً بعد از بارداری از بین می‌رود.

دیابت قبل از بارداری

اگر سابقه‌ی دیابت دارید، قبل از بارداری با دکتر خود در مورد آن مشورت کنید. اگــر میزان قند خــون را قبل از بارداری به‌خوبی کنترل کنید، احتمال بیشــتری دارد کــه دوران بارداری‌تان بدون دردســر پیش برود. خانم‌هــای مبتلا به دیابت بارداری بیشــتر از حد متوســط در معرض خطر داشــتن جنینی مبتلا به نقایص مادرزادی‌اند، ولی می‌توانید با کنترل شدید قند خون، این خطر را تا میزان عادی آن کاهش دهید.

برخی دکترها توصیه می‌کنند برای بررسی میزان کنترل قند خود در طی چند ماه گذشــته، آزمایش خونی را که به آن هموگلوبین A۱C گفته می‌شود، انجام دهید. همچنین دکتر شما می‌تواند برای اطمینان از سلامت قلب بچه پیشنهاد به انجام یک سونوگرافی خاص کند، که کاردیوگرام جنینی نام دارد (به فصل ۸ رجوع کنید). در صورتــی که برای کنترل قند خون خود از داروی خوراکی اســتفاده می‌کنید، ممکن است پزشک توصیه کند برای کنترل بهتر، انسولین تزریق کنید. برخی از خانم‌های مبتلا به دیابت، از مشــکلات کلیوی رنج می‌برند، ولی احتمال تشــدید این نوع مشــکل در دوران بارداری وجود ندارد. در صورتی که در رابطه با دیابت

مشــکلات چشمی دارید (آسیب‌دیدگی شبکیه ناشی از رشد بیش از حد سلولی)، از دکتر خود بخواهید شــما را تحت نظر دقیق بگیرد و در دوران بارداری احتمالاً چشمانتان را درمان کند.

نگران نباشید

اکثریت زنان دیابتی بدون هیچ مشــکلی دوران بارداری خود را ســپری می‌کنند. با وجود این، ممکن اســت دکترتان به تنظیم مقدار انســولین شما نیاز داشته باشد. دکتر شما همچنین با انجام سونوگرافی‌های منظم، رشد بچه را دنبال کرده و مراقب اســت دچار فشار خون بالا نشــوید. در سه‌ماهه‌ی سوم، احتمالاً دکتر شما، با انجام آزمایش‌های خاص برای بررســی وضعیت سلامتی جنینی، جنین را تحت مراقبت دقیق قرار می‌دهد.

هنگام شروع درد زایمان، دکتر شما مراقب میزان قند خون شماست و ممکن است به شما انسولین تزریق کند. با کنترل مناسب قند خون و مراقبت دقیق از مادر و بچه، اکثر خانم‌های دیابتی از دورنمای خوبی برای دوران بارداری برخوردارند.

دیابت بارداری

دیابت بارداری یکی از شایع‌ترین مشکلات پزشکی دوران بارداری است، که در ۲ تا ۳ درصد از تمام زنان باردار روی می‌دهد. پزشک شما می‌تواند با انجام یک آزمایش خون خاص، دیابت بارداری را تشــخیص دهد. (برای اطلاعات بیشــتر در مورد این آزمایش، به فصل ۸ رجوع کنید.)

اگر مبتلا به دیابت بارداری باشــید و میزان قند خــود را کنترل نکنید، فرزندتان در معرض خطر بیشتری برای مشکلات خاص قرار می‌گیرد. در صورتی که میزان قند خون شما بالا باشد، قند خون جنین نیز به همین صورت است. و میزان بالای قند خون موجب می‌شود هورمون‌های خاصی که رشد جنینی را تحریک می‌کند، توســط جنین تولید شــود، که به رشد بســیار زیاد او منجر می‌شود (به فصل ۱۵ رجوع کنید). از آن گذشــته، اگر جنین در حالی کــه هنوز در رحم جای دارد از میزان قند خون بالایی برخوردار باشد، ممکن است بعد از تولد با مشکلاتی موقتی در ارتباط با تنظیم قند خون مواجه شود. اگر میزان قند خون مادر (و جنین‌ها) در طول دوران بارداری کنترل شود، خطر بروز این مشکلات در حد قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد.

نکته

در صورتی که به دیابت بارداری مبتلایید، لازم است میزان قند خون خود را کنترل کنید. در اکثر موارد، تغییر رژیم غذایی کافی اســت. (اکثر خانم‌ها برای گرفتن یک برنامه‌ی رژیم غذایی خاص، با یک پرستار یا یک متخصص تغذیه مشاوره می‌کنند.)

ورزش نیز مؤثر است. تنها در مواردی نادر لازم است خانم‌ها برای تحت کنترل نگه داشتن میزان قند خود، به مصرف دارو متوسل شوند. در گذشته، دکترها برای کنترل میزان قند خون، انسولین تزریقی تجویز می‌کردند، ولی تحقیقات اخیر حاکی از آن است که یک داروی خوراکی به نام گلیبوراید بی‌خطر و مؤثر است. در صورت بروز دیابت بارداری، دکترتان ممکن است از شما بخواهد در طی یک برنامه‌ی روزانه یا هفتگی، میزان قند خون خود را کنترل کنید. این کار را با سوزن زدن به انگشت خود (که به آن انگشت زدن گفته می‌شود) و قرار دادن قطره‌ای خون در یک دستگاه قابل حمل کوچک انجام می‌دهید که فوراً نتیجه را اعلام می‌کند.

فیبروم‌ها

فیبروم‌ها (که میوم‌های رحمی نیز گفته می‌شود)، رشد توده‌های عضلانی خوش‌خیمی است که رحم را به‌وجود می‌آورد. به شدت شایع است، و پزشک شما اغلب آن‌ها را در طی انجام سونوگرافی‌های عادی تشخیص می‌دهد. میزان بالای استروژنی که در جریان خون زن باردار وجود دارد، می‌تواند موجب بزرگ‌تر شدن فیبروم‌ها شود. با وجود این پیش‌بینی برای رشد فیبروم‌ها، ماندن در همان اندازه، یا کوچک شدن آن‌ها در دوران بارداری برای هر زنی مشکل است. در اکثر مواقع، فیبروم‌ها مشکلی برای بارداری ایجاد نمی‌کند.

در موارد استثنایی، فیبروم می‌تواند موجب بروز مشکلاتی، از جمله موارد زیر شود:

- ✓ فیبروم‌ها می‌تواند آن‌قدر سریع رشد کند که جریان خون را تنگ کرده و شروع به استحاله کند، و گاهی موجب بروز درد، انقباضات رحمی، و حتی درد زودرس می‌شود. علایم استحاله شامل درد و التهاب مستقیم بر روی فیبروم (در زیر شکم) است. درمان کوتاه‌مدت با داروهای ضد التهابی (مثلاً ماترین یا ایندوسین) می‌تواند مؤثر باشد.
- ✓ فیبروم‌های بسیار بزرگ در قسمت پایین رحم یا نزدیک به دهانه‌ی رحم ممکن است مانع توانایی بچه برای خارج شدن از مجرای زایمان شود. بنابراین، گرچه این وضعیت کاملاً غیرعادی است، می‌تواند احتمال سزارین را افزایش دهد.
- ✓ وجود فیبروم‌های بزرگ در رحم گاهی می‌تواند احتمال قرار گرفتن بچه را در وضعیت ته یا عرضی افزایش دهد. ولی این امکان نیز نادر است. به‌طور کلی، فیبروم‌ها در نهایت هیچ مشکلی به‌وجود نمی‌آورد. و در اکثر مواقع، بعد از زایمان کوچک می‌شود.

مشکلات ایمونولوژیک (ایمنی)

مشکلات ایمنی شرایطی است که در آن سیستم ایمنی فرد نوع خاصی از پادتن‌ها را تولید می‌کند، که می‌تواند به مشکلات متنوعی منجر شود. در اکثر موارد، خانم‌هایی کــه مشــکلات ایمنی دارند، قبل از بارداری از وجــود آن‌ها مطلعند. اگر یکی از آن خانم‌ها هســتید، قبل از بارداری یا هرچه زودتر، در ابتدای دوران بارداری در مورد مشکل خود با دکترتان مشورت کنید.

پادتن‌های آنتی‌فسفولیپید

پادتن‌های آنتی‌فســفولیپید نوعی از پادتن‌هایی اســت که در جریان خون برخی از خانم‌ها گردش دارد. دو نوع از شایع‌ترین انواع آن عبارت است از: آنتی کوآگولان لوپوس و پادتن‌های آنتی کاردیولیپین. ممکن اســت در برخی از خانم‌هایی که بیماری‌های کولاژن[1] وریدی دارند (از جمله لوپوس)، خانم‌هایی که لخته‌های خونی داشته‌اند، و در برخی از خانم‌ها بدون مشــکلات پزشکی شناخته‌شده، پیدا شود. این عارضه در دوران بارداری قابل توجه اســت، زیرا با سقط جنین‌های مکرر، مرگ جنینی بدون دلیل، شروع زودهنگام مسمومیت بارداری، و محدودیت رشد داخل رحمی مرتبط است. دکترها به‌طور عادی برای چنین پادتن‌هایی آزمایش نمی‌دهند، زیرا بسیاری از خانم‌های مبتلا در نتیجه با مشکلاتی مواجه نمی‌شوند. ولی چنانچه دارای یکی از شرایط زیر باشید، دکتر شما احتمالاً مایل به انجام آزمایش برای شماست:

- ✓ شرایط پلاکت‌های خود ایمنی
- ✓ نتیجه‌ی مثبت نادرست برای آزمایش سیفلیس
- ✓ سابقه‌ی لخته‌های خونی خود به خود در پاها یا ریه‌ها
- ✓ سابقه‌ی سکته یا حمله‌های ایسکمی گذرا (یک نوع «موقتی» از سکته)
- ✓ لوپوس (یا سایر بیماری‌های کولاژن وریدی)

دکتر شما همچنین ممکن است در صورتی که یکی از مشکلات مربوط به زایمان را در گذشته داشتید، مایل به انجام آزمایش برای شما باشد:

- ✓ شروع زودهنگام مسمومیت بارداری
- ✓ مشکلاتی در ارتباط با رشد جنینی (محدودیت رشد داخل رحمی)
- ✓ سقط جنین‌های مکرر
- ✓ زایمان نوزاد مرده یا مرگ جنینی بی‌دلیل

---

۱. ضد انعقاد. هر ماده‌ای که از انعقاد خون جلوگیری کرده یا لخته شدن خون را به تأخیر بیندازد یا آن را خنثا کند. م.

سندرم پادتن آنتی‌فسفولیپید، زمانی که خانمی دارای پادتن‌های آنتی‌فسفولیپید در جریان خونش باشد، علاوه بر یکی از فاکتورهای خطر که عنوان شد، تشخیص داده می‌شود. در صورتی که دارای سندرم باشید، برحسب وخامت آن، دکتر شما می‌تواند مصرف آسپرین بچه، هپارین، استروئیدهای خوراکی یا ترکیبی از برخی از این داروها را توصیه کند. او احتمالاً انجام سونوگرافی‌هایی را به‌طور منظم توصیه می‌کند، تا از رشـد مناسب بچه اطمینان یابد، و اینکه شما آزمایش‌هایی را برای تعیین وضعیت سلامتی جنین انجام دهید (به فصل ۸ رجوع کنید).



می‌دانیم این سندرم ممکن است هراس‌انگیز باشد، ولی خبر خوش آن است که اکثر خانم‌هایی که از مراقبت‌های پزشکی کافی برخوردارند، می‌توانند دوران بارداری طبیعی و نوزادان سالمی داشته باشند.

لوپوس

لوپوس اریتماتوی سیستمیک (لوپوس یا SLE) یکی از چندین بیماری کولاژنی وریدی معروف است. بارداری موجب وخامت بیماری نمی‌شود، ولی برخی از خانم‌ها با نواحی ملتهب بیشتری در دوران بارداری مواجه می‌شوند.

از طرفی دیگر، لوپوس می‌تواند در برخی موارد، برحسب شدت مشکلی که دچار بارداری می‌شود، بر بارداری تأثیر بگذارد. برخی خانم‌ها با لوپوس حادتر در معرض خطر بیشتری برای سقط جنین، مشکلات مربوط به رشد جنین و مسمومیت بارداری (به فصل ۱۵رجوع کنید) قرار دارند. دکترتان برحسب سابقه‌ی پزشکی خاص شما، داروهای خاصی از جمله هپارین، آسپرین بچه، یا استروئیدهای خوراکی تجویز می‌کند. همچنین ممکن است به انجام سونوگرافی‌های مکرر، و تمهیدات دیگری برای ارزیابی وضعیت سلامت جنین توصیه کند. بهترین کار برای شما برای داشتن یک دوران بارداری موفقیت‌آمیز، تحت کنترل داشتن این اختلال تا حد امکان قبل از بارداری است.

بیماری التهابی روده

دو نوع بیماری التهابی روده عبارت است از : بیماری کرون و کولیت اولسرو. خوشبختانه، بارداری هیچ یک از این شرایط را تشدید نمی‌کند. اگر به بیماری التهابی روده مبتلایید، ولی در طول ماه‌ها قبل از بارداری، علایمی خفیف داشته باشید یا اصلاً وجود نداشته باشـد، احتمال زیادی دارد که در طول دوران بارداری متوقف بماند. دکترها اغلب توصیه می‌کنند خانم‌هایی که علایم مکرر و حاد دارند، تا زمانی که بیماری کاهش نیافته یا تحت کنترل قرار نگرفته است، بارداری را به تعویق بیندازند. اکثر داروها برای کنترل علایم در دوران بارداری، بی‌خطر و مؤثر تلقی شده است.

اختلالات تشنجی (صرع)

اکثر خانم‌های مبتلا به صرع می‌توانند دوران بارداری بدون حادثه‌ای داشته باشند و نوزادی کاملاً سالم به‌دنیا بیاورند. با این حال، برای بیماری صرع لازم است متخصص زنان و زایمان و متخصص مغز و اعصاب خانم با یکدیگر همکاری کرده تا راهکاری صحیح برای کنترل تشنجات ارائه کنند. در صورتی که مبتلا به صرع هستید، سعی کنید قبل از بارداری تشنجات خود را با پایین‌ترین مقدار ممکن از دارو کنترل کنید. مطالعات نشـــان می‌دهد زنانی که تشنجاتشـــان با حداقل مقدار از یک دارو، قبل از بارداری به‌خوبی کنترل می‌شود، بهترین نتایج دوران بارداری را دارند. بنابراین حتماً، قبل از بارداری با متخصص اعصاب خود مشـــورت کرده، و تا زمانی که دکتر توصیه نکرده است، مصرف داروهای خود را قطع نکنید.

تمام داروهای مورد اســـتفاده برای درمان تشنجات موجب خطر بروز برخی نقایص مادرزادی می‌شـــود. مشکلاتی که می‌تواند بروز کند، برحسب داروی خاص متفاوت است، ولی شامل بروز ناهنجاری‌هایی در صورت، شکاف در لب (لب شکری)، شکاف در سقف دهان، نقایص قلبی مادرزادی، و نقایص لوله‌ی عصبی می‌شود. به همین دلیل، خانم‌هایی که داروهای تشنج مصرف می‌کنند، لازم است برای ارزیابی آناتومی جنینی و اکوکاردیوگرام جنینی (به فصل ۸ رجوع کنید)، برای مشخص شدن ناهنجاری‌هایی در قلب بچه، سونوگرافی انجام دهند.

نکته

خانم‌های مبتلا به اختلالات تشـــنجی باید حدوداً ســـه ماه قبل از اقدام به بارداری مصرف فولیک اسید اضافی را شروع کنند، زیرا برخی از داروهای تشنج می‌تواند بر میزان فولیک اسید تأثیر بگذارد.

هشدار!

داروهای خود را ســـرخود تنظیم نکنید، مخصوصاً بعد از آنکه باردار شدید. حملات تشنجی شما می‌تواند افزایش یابد،که احتمالاً برای بچه‌ی در حال رشد، بدتر از خود داروهاست.

مشکلات تیروئید

مشکلات در رابطه با عملکرد تیروئید در خانم‌های در سن باروری نسبتاً شایع است، به‌طـــوری که بســـیاری از زنان را در دوران بارداری، بـــا تیروئیدهای پرکار و کم کار می‌بینیم. اگرچه چنین شرایطی نیازمند آزمایش‌های بیشتری است، معمولاً مشکل قابل توجهی برای دوران بارداری به‌وجود نمی‌آورد.

هیپرتیروئیدیسم (تیروئید پرکار)

علل گوناگونی برای هیپرتیروئیدیسیم وجود دارد، ولی تا کنون شایع‌ترین آن بیماری گریـــوز بوده، که با مجموعه‌ای از پادتن‌های مخصـــوص به خود (ایمونوگلوبین‌های محرک تیروئید، یا TSIs) در خون مرتبط است. این پادتن‌ها باعث می‌شود تیروئید هورمون‌های بسیار زیادی تولید کند. خانم‌هایی که تیروئید پرکار دارند، باید در دوران بارداری از درمان کافی برخوردار باشـــند (به‌طور مطلوب، شـــروع قبل از بارداری) تا خطر بروز مشـــکلاتی چون سقط جنین، زایمان زودرس، و کم‌وزنی در هنگام تولد کاهش یابد.

در صورتی که تیروئید پرکار دارید ــ مگر آنکه وضعیت شما بسیار خفیف باشد ــ دکتر شما به احتمال زیاد به مصرف داروهای خاصی توصیه می‌کند تا مقدار هورمون تیروئیدی که در جریان خون شما در گردش است، کاهش یابد. برخی از این داروها می‌تواند از جفت عبور کند، بنابراین دکتر شما به دقت مراقب جنین است، که معمولاً با انجام ســـونوگرافی‌های منظم، برای یافتن هرگونه شواهدی که نشان دهد داروها میزان تیروئید بچه را بسیار پایین آورده، صورت می‌گیرد.

او بالاخص، مراقب رشد بچه و ضربان قلب اوست تا از طبیعی بودن آن‌ها اطمینان یابد و به دنبال هرگونه شواهدی است که حاکی از بروز گواتر (تیروئید بزرگ‌شده) در جنین باشد.

همچنین دکتر شما احتمالاً مراقب میزان پادتن‌های محرک تیروئید در خون شما اســـت، زیرا این پادتن‌ها می‌تواند در برخی موارد نادر، از جفت عبور کرده و موجب تحریک تیروئید بچه نیز بشـــود. پزشک نوزاد شما، بعد از زایمان از نظر بروز علایم مشکلات تیروئیدی، به دقت مراقب نوزاد است.

هیپوتیروئیدیسم (تیروئید کم کار)

خانمی که دچار تیروئید کم‌کار است (هیپوتیروئیدیسم)، می‌تواند تا زمانی که بیماری او از درمان کافی برخوردار باشد، دوران بارداری سالمی داشته باشد. در غیراین‌صورت، در معرض خطر بیشتری از بروز برخی مشکلات خاص، از جمله نوزادی با وزن کم در هنگام تولد قرار می‌گیرد. بیماری با هورمون جایگزین تیروئید (مثلاً سینتروئید) درمان می‌شـــود. این دارو برای بچه بی‌خطر اســـت، زیرا مقدار کمی از آن از جفت عبور می‌کند. در صورتی که کم‌کاری تیروئید داشته باشید، شاید دکتر شما مایل به کنترل میزان هورمون شما به‌طور متناوب باشد تا در صورت نیاز، دارویتان تطبیق داده شود.

فصل ۱۷

تحمل موارد غیر منتظره

در این فصل

- رسیدگی به سقط جنین‌های متعدد
- لطمه خوردن از مرگ جنین در اواخر دوران بارداری
- تصمیم‌گیری در زمانی که بچه دچار یک ناهنجاری است
- کمک گرفتن: جایی برای یافتن حمایت
- بهبودی ـ و کسب آمادگی برای اقدام مجدد

ای کاش دلیلی برای ضمیمه کردن این فصل نداشــتیم. ای کاش هر زوج بارداری می‌توانســت در پایان نوزادی ســالم به‌دنیا بیاورد. اکثراً به همین صورت است، ولی همه‌کس چنین خوش‌اقبال نیست. و بنابراین مواقعی وجود دارد که زوج‌ها لازم است از آنچه در شرف وقوع است و نحوه‌ی واکنش در زمانی که اوضاع روبه‌راه نیست، آگاه باشــند. اگر با هریک از مشکلاتی که در این فصل می‌پردازیم، مواجه‌اید، امیدواریم برخی از این اطلاعات برای شما مؤثر واقع شود.

شاید به‌دلیل اینکه در گذشته دوران بارداری ناموفقی داشته‌اید، به این فصل کشیده شدید. در این صورت، ممکن است نسبت به دوران بارداری فعلی خود نگران باشید. این امر کاملاً عادی اســت. ما مراقبت از زنان متعــددی را بر عهده داریم که نتایج نامطلوبی در گذشته داشتند، و می‌دانیم تنها چیزی که واقعاً می‌تواند اضطراب آن‌ها را تسکین بدهد، در آغوش گرفتن نوزادی سالم است.

نکته

یک راه برای به حداقل رساندن نگرانی این است که بنشینید و با دکتر خود در مورد وضعیت خود مشورت کنید. از او بخواهید مقدمات برنامه‌ای را برای دوران بارداری فعلی شما فراهم کند که احتمال به‌دست آمدن نتیجه‌ای مطلوب به حداکثر برسد. زمانی که احســاس کنید می‌توانید برای جلوگیری از بازگشــت مجدد مشکل، هر کار ممکنی را انجام بدهید، می‌توانید کمی آرام‌تر باشید. احتمالاً نگرانی شما کاملاً برطرف نمی‌شــود، ولی به‌خاطر داشته باشید که اگرچه بخش خاصی از این فرایند

در دستان مادر طبیعت است، می‌توانید با اقدامات پزشکی، احتمال داشتن فرزندی سالم را به حداکثر برسانید.

تحمل سقط جنین‌های مکرر

متأسفانه، سقط جنین در سه‌ماهه‌ی اول یک پیشامد نسبتاً شایع است. دکترها تخمین می‌زنند در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد از بارداری‌های شناخته‌شده ــ آن دسته که دارای آزمایش بارداری مثبت بوده است ــ به سقط جنین ختم می‌شود. با وجود این، بسیاری از رویان‌های اولیه (که به آن‌ها تخم لقاح یافته گفته می‌شود) در واقع قبل از اینکه وجودشان مشخص شود، یعنی قبل از آنکه آزمایش بارداری یک زن انجام شود، از بین می‌روند. در حدود نیمی از مواقع، علت سقط جنین در سه‌ماهه‌ی اول، وجود برخی ناهنجاری‌های کروموزومی در رویان یا جنین است. ۲۰درصد دیگر سقط جنین‌ها در اوایل دوران بارداری، به‌خاطر ناهنجاری‌های ساختاری در رویان است.

حفظ کنید

خوشبختانه، ۸۰ تا ۹۰ درصد از زنانی که با سقط تک‌جنینی در اوایل دوران بارداری مواجه می‌شوند، بعداً فرزند سالمی به‌دنیا می‌آورند.

سقط جنین مکرر ــ از لحاظ تکنیکی، شکست سه بارداری پیاپی است ــ کمتر شایع است. این مشکل تنها در ۰/۵ تا ۱ درصد از زنان رخ می‌دهد. علل گوناگونی که در بازگشت مجدد سقط جنین سهم دارد، شامل موارد زیر است:

- ✓ علل ژنتیکی
- ✓ ناهنجاری‌های رحمی
- ✓ علل ایمنی (گرچه تمام اطبا در عامل بودن آن توافق نظر ندارند)
- ✓ عدم ترشح کافی پروژسترون
- ✓ عفونت‌های خاص (گرچه این دلیل نیز بحث‌برانگیز است)
- ✓ سندرم پادتن آنتی‌فسفولیپید (به فصل ۱۶ رجوع کنید)
- ✓ سموم محیطی خاص و داروها (از جمله داروی ضد مالاریا و برخی از داروهای بی‌حسی)

اکثر دکترها پیشنهاد می‌دهند خانم‌ها بعد از سه مورد سقط جنین، تحت آزمایش‌های خاصی قرار گیرند؛ برخی این آزمایش‌ها را زودتر شروع می‌کنند. از آنجا که ناهنجاری‌های کروموزومی شایع‌ترین علت سقط جنین است، اولین گام تشخیصی مهم، انجام آزمایش‌هایی بر روی کروموزوم‌های بافت جنینی است.

راهکارهای مختلفی برای درمان سـقط جنین مکرر وجود دارد، ولی دکترها ممکن است در مورد بهترین راهکار اتفاق نظر نداشته باشند. در صورت آگاهی از نوع مشکل، انتخاب راهکار آسـان‌تر است. برای مثال، شـاید دکتر شما بتواند با انجام جراحی، شـکل غیرطبیعی رحم شـما را ترمیم کند. در صورتی که دکترها به یافتن دلیل سـقط جنین‌های مکرر قادر نباشند، دانستن بهترین روش درمانی می‌تواند مشکل باشد. به‌هرحال، توجه داشته باشید حتی در صورتی که هیچ درمانی صورت نگیرد، خانم‌هایی که سه بار پیاپی سقط جنین داشته‌اند، هنوز ۵۰ درصد یا بیشتر، احتمال داشتن دوران بارداری طبیعی و موفق را دارند.

تحمل مرگ در اواخر دوران بارداری

مرگ در اواخر دوران بارداری به مرگ جنین، نوزاد مرده، یا مرگ نوزاد بلافاصله در دوره‌ی نوزادی اطلاق می‌شـود. خوشبختانه، این مرگ و میرها نادر است و به‌ندرت بیش از یک‌بار رخ می‌دهد. برخی از علل مرگ و میر در اواخر دوران بارداری عبارت است از:

- ✓ ناهنجاری‌های کروموزومی
- ✓ سایر سندرم‌های ژنتیکی
- ✓ نقایص ساختاری
- ✓ پارگی وسیع جفتی (به فصل ۱۵ رجوع کنید)
- ✓ پادتن‌های آنتی‌فسفولیپید (به فصل ۱۶ر جوع کنید)
- ✓ فشردگی بند ناف
- ✓ دلایل ناشناخته، که متأسفانه بسیار شایع است



خانم‌هایی که بارداری خود را از دست می‌دهند اغلب می‌پرسند، «آیا من کاری انجام دادم که موجب چنین چیزی شـد؟» پاسخ تقریباً همیشه نه است. بنابراین دلیلی ندارد با احساس گناه اندوه خود را بیشتر کنید. بسیاری از بیماران، پس از فروکشی ناراحتی اولیه، متوجه می‌شـوند جمع‌آوری کلیه‌ی مدارک دوران بارداری، از جمله گزارشات آسیب‌شناسی، و مشاوره با دکتر خود یا یک متخصص، مؤثر است.

گاهی دکتر شما می‌تواند علت را تشخیص دهد، و گاهی قادر نیست. در هر صورت، اکثر بیماران با صحبت با دکتر خود و برنامه‌ریزی راهکاری برای پیشگیری از مرگ

در بارداری‌های بعدی، بهره‌مند می‌شوند. داشتن برنامه‌ای که مورد توجه قرار بگیرد به بسیاری از بیماران کمک می‌کند تا کمتر احساس عجز کنند. گروه‌های حمایتگر نیز بسیار مؤثرند (به مبحث «کمک گرفتن» بعداً در این فصل، رجوع کنید).

دکتر شما در بارداری‌های بعدی، ممکن است برای تشخیص ناهنجاری‌های خاصی که با مرگ جنینی مرتبط است، به انجام آزمایش‌های خون توصیه کند. اغلب، در صورتی که قبلاً با مرگ جنین در اواخر بارداری مواجه شده باشید، دکترها میزان پیشرفت شما را با انجام سونوگرافی‌های منظم و آزمایش‌های وضعیت سلامت جنینی پیگیری می‌کنند. ممکن است دکتر شما توصیه کند قبل از شروع درد، کمی زودتر زایمان کنید. احتمالاً در دوران بارداری بعدی خود احساس اضطراب دارید،که کاملاً طبیعی است. ولی به خاطر داشته باشید، لطمه خوردن از مرگ جنین برای بار دوم، کاملاً دور از ذهن است.

کنار آمدن با ناهنجاری‌های جنینی

تمام والدین آینده نگران «سلامت» فرزند خود هستند. و برای اکثر آن‌ها، پاسخ بله است. با وجود این، ۲ تا ۳ درصد از نوزادان با داشتن یک ناهنجاری بارز به دنیا می‌آیند. برخی از این ناهنجاری‌ها قابل ترمیم است و تأثیراتی جزئی در کیفیت کلی زندگی نوزاد دارد. با وجود این، گاهی اوقات، بیماری می‌تواند قابل ملاحظه باشد، چه یک ناهنجاری ساختاری باشد، چه کروموزومی و چه ژنتیکی.

حفظ کنید

هنگامی که یک ناهنجاری روی می‌دهد، اولین سؤالی که بسیاری از خانم‌ها از ما می‌پرسند این است که، «آیا تقصیر از من است؟» و پاسخ، اکثراً، نه است. از آنچه در مورد ناهنجاری‌های جنینی معلوم شده، اکثر آن‌ها تصادفی است، به این معنا که به‌طور تصادفی و بدون دلیل مشخصی پیش می‌آید. در صورتی که دکتر شما نتواند دلیلی مشخص کند، احتمال بازگشت ناهنجاری مشابه در بارداری بعدی بعید خواهد بود. (در صورتی که علت ژنتیکی باشد، احتمال وقوع مجدد ناهنجاری وجود دارد.)

چنانچه جنین شما، از طریق سونوگرافی یا برخی آزمایش‌های دیگر با یک ناهنجاری تشخیص داده شود، ممکن است دکترتان برای بررسی سایر عواملی که با آن ناهنجاری خاص مرتبط است، به انجام آزمایش‌های بیشتری توصیه کند. او ممکن است برای مشورت در مورد مفاهیم ناهنجاری، شما را به یک مشاور ژنتیک معرفی کند. در صورتی که ناهنجاری نقصی باشد که با جراحی قابل ترمیم یا درمان باشد، ممکن است دکتر، شما را به متخصصی معرفی کند که می‌تواند بعد از تولد نوزاد، او را

درمان کند. این مشاوره‌ها به شما کمک می‌کند نسبت به آنچه در دوره‌ی نوزادی و همچنین بعدها در زندگی کودک پیش رو دارید، آمادگی کسب کنید.

هیچ‌کس مایل نیست اخباری مبنی بر داشتن جنینی با ناهنجاری بشنود، ولی کسب این اطلاعات به‌دلایل متعددی می‌تواند مؤثر باشد:

- ✓ در صورتی که از وجود برخی اختلالات، از جمله کم‌خونی جنینی یا انسداد مجرای ادرار آگاه باشید، دکترها قادر به درمان آن‌ها هستند.
- ✓ آگاهی به شما کمک می‌کند برای آنچه بعد از تولد نوزاد روی می‌دهد، آمادگی داشته باشید.
- ✓ این اطلاعات به شما کمک می‌کند دوران بارداری خود را کنترل و تمام راه‌های ممکن را در نظر بگیرید.
- ✓ اطلاعات دیدگاه‌های بااهمیتی از کنترل بارداری‌های بعدی در اختیارتان قرار می‌دهد.

کمک گرفتن

اگر دوران بارداری شما آن‌طور که امید داشتید نشد، اولین و قطعی‌ترین جایی که باید به دنبال حمایت باشید، از طرف همسر شماست. اعضای خانواده، دوستان و روحانیون نیز می‌توانند بسیار مؤثر باشند. توصیه‌های تخصصی یا درمان از سوی یک روان‌درمان یا مددکار اجتماعی برای بسیاری از زوج‌ها می‌تواند مؤثر باشد. گروه‌های حمایتگر نیز می‌توانند دیدگاهی تخصصی نسبت به مشکل شما داشته باشند و ایجاد آگاهی کنند. در صورتی که به اینترنت دسترسی داشته باشید، می‌توانید صدها گروه حمایتگر را در آن پیدا کنید. ده‌ها کتاب مفید نیز در دسترس است.

آغاز التیام

به‌طور طبیعی هر زوجی احساس پیوند عاطفی عمیقی با فرزند متولد نشده‌ی خود دارند، که از اوایل سه‌ماهه‌ی اول آغاز می‌شود. در نتیجه، بسیاری از زوج‌ها بعد از مرگ جنین به همان اندازه‌ای اندوهگین می‌شوند که بعد از مرگ یکی از اعضای خانواده یا دوستی صمیمی متأثر می‌شوند. مرگ یک جنین کم‌اهمیت‌تر از مرگ یک کودک نیست. والدینی که به‌دلیل وجود یک ناهنجاری تصمیم به خاتمه‌ی بارداری می‌گیرند نیز دچار چنین اندوه شدیدی می‌شوند.

والدین هردو باید به نیاز ــ و حق خود ــ برای اندوهگین شـدن بعد از فقدان یک بارداری اذعان داشـته باشند. واکنش عاطفی زمان می‌برد و به‌طور کلی مراحلی را پشت سر می‌گذارد، که با شوک و انکار آغاز می‌شود، با خشم پیش می‌رود، و سرانجام به پذیرش و توانایی به ادامه‌ی زندگی ختم می‌شود.

پس از سـپری کردن مراحل اندوه و زمانی که احسـاس کردید از نظر جسـمانی و عاطفی قوی شده‌اید، آنگاه احتمالاً برای شروع به اقدام مجدد آماده شده‌اید. در برخی از زوج‌ها، یک نفر سـریع‌تر از دیگری از مرحله‌ی اندوه می‌گذرد. قبل از اقدام برای بارداری مجدد، مطمئن شـوید هردو آماده‌اید. و به‌خاطر داشته باشید یک بارداری موفق، در حالی که لذت‌بخش است، جایگزین مورد قبلی نمی‌شود ـ بنابراین فرایند اندوهگین شدن ضروری اسـت. مطمئن باشید از دیدگاه پزشکی به جستجو برای علل احتمالی مرگ جنین پایـان داده‌اید و برای بارداری بعدی برنامه‌ی کار دارید. آگاه باشید بارداری بعدی شما تا حدی پراسترس خواهد بود و اینکه شما به توجه و شفقت بیشتری از سوی خانواده، دوستان و متخصصان مراقب نیاز دارید.

بخش ۵

بخش ده‌تایی‌ها

موج پنجم **اثر ریک تِنِنت**



«من واقعاً فکر می‌کنم بچه پسر است. وگرنه چرا باید سریال مستر پیس تئاتر[1] را قطع کنم تا از اول تا آخر یک کشتی کج دو ساعته را تماشا کنم؟

۱. سریالی درام به سبک کلاسیک است که یکشنبه‌شب‌ها از یکی از کانال‌های تلویزیونی امریکا پخش می‌شود. م

در این بخش...

در این بخش، مسائل را خلاصه کرده‌ایم. چگونگی رشد بچه را در طول دوران بارداری و نحوه‌ی مشاهده‌ی آن رشد و تکامل را توسط پزشکتان با سونوگرافی توضیح می‌دهیم. همچنین به ذکر ده موردی می‌پردازیم که خانم‌های باردار کمتر از دوستان و اقوام و حتی دکترهای خود می‌شنوند. و با تأکید بر توصیه‌ی مکرر خود مبنی بر اینکه با نگرانی بی‌مورد در زمان بارداری خود را درگیر نکنید، اعتقادات خرافی را در مورد بارداری مطرح می‌کنیم.

فصل ۱۸

ده موردی که هیچ کس به شما نمی‌گوید

در این فصل

- کنار گذاشتن مفهوم گیج‌کننده‌ی نه ماه
- مبارزه با خستگی و سایر ناراحتی‌ها در دوران بارداری
- توجه به این مطلب که شکم شما بر هیچ کس پوشیده نیست
- کسب آمادگی برای پیامد زایمان

نگران نباشید. هیچ دسیسه‌ای در کار نیست تا شما را از آنچه باید در مورد بارداری بدانید، دور نگه داریم. ولی دوستان، خواهران، دخترخاله‌ها ــ یا هرکس دیگری که به شما می‌گوید چه انتظاری باید از بارداری داشته باشید ــ اغلب جزئیات کوچک را فراموش می‌کنند، مخصوصاً مواردی که ناخوشایندتر از همه است. علاوه بر آن، سایر کتاب‌ها اغلب بر این چیزها سرپوش می‌گذارد، شاید به‌خاطر حسن سلوک. خوب، ما با احتمال ناپسند بودن آن‌ها، می‌خواهیم با صراحت به شما بگوییم.

دوران بارداری بیشتر از نه ماه طول می‌کشد

بیماران همیشه می‌پرسند، «من چند ماه دارم؟» و ما در دادن پاسخ دقیق دچار مشکلیم. می‌گویند دوران بارداری نه ماه طول می‌کشد، ولی آن عدد در واقع دقیق نیست. متوسط دوران بارداری، ۲۸۰ روز یا ۴۰ هفته است، که از تاریخ آخرین دوره‌ی قاعدگی مادر شروع می‌شود. (آیا فکر می‌کنید ۴۰ هفته زمان زیادی است؟ فقط خوشحال باشید که یک فیل نیستید، زیرا دوران بارداری آن ۲۲ ماه است!) اگر یک ماه چهار هفته باشد، آنگاه محاسبه به ده ماه می‌رسد. به‌هرحال، بر روی تقویم، اکثر ماه‌ها شامل چهار هفته به‌علاوه‌ی دو یا سه روز است، پس نه ماه تقویمی اغلب نزدیک به ۴۰ هفته است. پزشکان هنگام محاسبه‌ی سن بارداری، از عبارت هفته‌ها صحبت می‌کنند، زیرا دقیق‌تر است و کمتر باعث سردرگمی می‌شود.

دیگران می‌توانند شما را دیوانه کنند

دوستان، اقوام، آشنایان، غریبه‌ها و حتی همسرتان نظرات و توصیه‌هایی خودسرانه به شما می‌دهند و می‌خواهند در مورد هر داستان هولناکی که از بارداری شنیده‌اند، با شما سهیم شوند. ممکن است بگویند باسن شما بسیار بزرگ به نظر می‌رسد، خیلی چاق (یا خیلی لاغر) هستید، یا اینکه نباید هر چیزی بخورید.

می‌دانیم این افراد زمانی که به شما می‌گویند بارداری خواهرشان چقدر بد خاتمه یافت، یا دوستِ دوستی چه مشکلی داشت، معمولاً تنها نیت خیر دارند. نمی‌دانند با این کار موجب افزایش اضطراب شما می‌شوند. توجهی نکنید. سعی کنید مؤدبانه لبخند زده و نادیده بگیرید. به آن‌ها بگویید در حال حاضر واقعاً مایل به شنیدن این داستان نیستید. در صورت داشتن هرگونه مشکل یا نگرانی واقعی، با پزشک خود صحبت کنید.

در سه‌ماهه‌ی اول احساس خستگی می‌کنید

شاید تا کنون شنیده باشید در طول سه‌ماهه‌ی اول احساس خستگی می‌کنید، ولی تا زمانی که درگیر آن نشوید، در واقع هیچ نظری ندارید که خستگی تا چه حد می‌تواند غلبه‌کننده باشد. شاید متوجه شوید به‌دنبال هر فرصتی هستید تا کمی چشمانتان را روی هم بگذارید ـ در اتوبوس، قطار، سر کار یا حتی بر روی تخت معاینه که منتظر ورود پزشک خود به اتاق هستید. خاطرجمع باشید که این خستگی، معمولاً در اواخر سه‌ماهه‌ی اول (در حدود ۱۳ هفتگی) حتماً از بین می‌رود، و انرژی معمول شما برمی‌گردد. هرچند، مراقب باشید. در حدود ۳۰ تا ۳۴ هفتگی، فشار جسمانی ناشی از بارداری ممکن است مجدداً بر شما غلبه کند، و شاید دوباره تا چند هفته احساس کنید مانع از فعالیت‌هایتان شده است.

درد رباط‌های گرد جداً ناراحت‌کننده است

رباط‌های (لیگمان‌های) گرد از بالای رحم به داخل لب‌های مهبل پایین می‌آید. در حالی که رحم بزرگ می‌شود، این رباط‌ها کشیده می‌شود، و بسیاری از خانم‌ها احساس ناراحتی یا درد در یک یا هر دو طرف کشاله‌ی ران، مخصوصاً در حدود ۱۶ تا ۲۲ هفتگی می‌کنند. پزشکان می‌گویند این عارضه تنها درد رباط‌های گرد است و دلیلی برای نگرانی وجود ندارد. حق با آن‌هاست ـ نگران نباشید. ولی سزاوار همدردی هستید (ما با شما همدریم)، زیرا این درد می‌تواند نسبتاً شدید باشد.

احتمالاً می‌توانید با درآوردن کفش خود، کمی درد را تسکین دهید، بدین ترتیب فشار از روی رباط‌ها برداشته می‌شود. خبر خوش آن است که درد رباط‌های گرد معمولاً در حدود ۲۴ هفتگی کاهش می‌یابد.

شکم شما محل پر جاذبه‌ای برای دست گذاشتن می‌شود

پس از آنکه شکم شما به‌خاطر بارداری در حد قابل ملاحظه‌ای بزرگ و برآمده شد، احتمالاً ناگهان متوجه می‌شوید هرکس تصور می‌کند دست زدن به آن اشکالی ندارد ـ نه تنها دوستان، اعضای خانواده و افرادی که با آن‌ها کار می‌کنید، بلکه پستچی، صندوقدار فروشگاه و سایر افرادی که هرگز حتی آن‌ها را ندیده‌اید نیز این کار را می‌کنند. اگرچه برخی از خانم‌ها از توجه بیشتر قدردانی می‌کنند، بسیاری این عمل را تعدی به زندگی خصوصی می‌دانند. شما هم می‌توانید دندان روی جگر گذاشته و تحمل کنید، یا یاد بگیرید چطور بگویید، «هی، دستت را بردار!»

بواسیر، درد سلطنتی مزاحمی است

شاید بهترین دوست‌تان به شما بگوید همه‌چیز را در مورد دوران بارداری خود به شما گفته است. ولی آیا بواسیر خود را به‌یاد آورده است؟ باور کنید، بواسیر اکثراً رخ می‌دهد، و در صورت بروز، دچار درد و ناراحتی بسیار قابل توجهی می‌شوید. بواسیر رگ‌های بازشده‌ای در نزدیکی مقعد است که به‌دلیل فشار بر آن قسمت از بدن یا فشار آوردن در هنگام زایمان طبیعی، پرخون می‌شود. برخی از خانم‌ها در دوران بارداری متوجه بواسیر می‌شوند، عده‌ای دیگر تا بعد از زایمان هیچ مشکلی ندارند، و برخی از خانم‌های بسیار خوش‌شانس، در نهایت هرگز دچار بواسیر نمی‌شوند.

در صورتی که بواسیر شما شدید باشد، خود را برای مقداری ناراحتی بعد از زایمان طبیعی آماده کنید (به فصل ۱۲ رجوع کنید). اکثر بواسیرها ظرف مدت چند هفته از بین می‌رود. اگر آن‌قدر خوش‌اقبال باشید که دچار نشوید، بدانید که خیلی خوش‌شانسید، و برای تمام مادران جدیدی که دچار شده‌اند، همدردی کنید.

گاهی خانم‌ها هنگام زور زدن مدفوع می‌کنند

بیماران ما به‌طور مکرر در مورد دفع مدفوع در طول زایمان از ما سؤال می‌کنند، بنابراین اگرچه ممکن است موضوع مؤدبانه‌ای برای مطرح کردن نباشد، ما به هرحال مطرح می‌کنیم. مدفوع کردن همیشه هنگام فشار آوردن اتفاق نمی‌افتد، ولی زیاد هم غیرعادی نیست. به احتمال زیاد، شما و همسرتان حتی از آن باخبر هم نمی‌شوید، زیرا پرستار شما در سراسر مرحله‌ی فشار، هرگونه مدفوع یا کثیفی را فوراً پاک و شما را تمیز نگه می‌دارد. در صورت بروز چنین اتفاقی، به آن فکر نکنید. هیچ کس ـ نه دکتر و نه همسرتان ـ بدرفتاری نخواهد کرد.

پس از به‌دنیا آمدن نوزاد وزن ثابت می‌ماند

اکثر خانم‌ها بعد از خارج شدن ۵ کیلوگرم یا چیزی در این حد از بچه، جفت و مایع، نمی‌توانند صبر کننـــد تا خود را وزن کنند. ولی جلوی خود را بگیرید. حداقل یک هفته صبر کنید. بسیاری از خانم‌ها بعد از زایمان مانند کوفته‌های کله‌گنجشکی ورم می‌کنند، به‌خصوص دست‌ها و پاهایشان. این احتباس آب اضافی، چند گرمی اضافه می‌کند. اگر فوراً بر روی ترازو بروید، ممکن اســـت با عددی که نشان داده می‌شود، کاملاً مأیوس شوید. به‌طور کلی ورم یک تا دو هفته طول می‌کشد از بین برود.

نوار بهداشتی‌های بیمارستان آثار باستانی دوران مادر تان هستند

در برخی از بیمارســـتان‌ها، پرستاران نوار بهداشـــتی‌هایی از سال‌های ۱۹۲۰ و یک شکم‌بند[1] کشی کوچک بانمک به شما می‌دهند تا نوار بهداشتی را در آن بچسبانید. اگر شما یک مسافر زمان هستید یا در صورتی که به‌دلایلی دیگر این نوع را ترجیح می‌دهید، عالی است. ولی اگر خواهان چیزی هستید که کمی امروزی‌تر باشد، بسته‌های نوار بهداشتی با سایز بزرگ که دارای لبه در طرفین باشد (به همراه چند لباس زیر نسبتاً سفت ـــ نه بندی) همراه خود داشته باشید، یا از پزشک خود بپرسید انتظار چه چیزی را می‌توانید در بیمارستان داشته باشید.

پر شدن سینه‌ها واقعاً دردناک است

البته شما می‌دانید که سینه‌هایتان بعد از به دنیا آمدن نوزادتان با شیر پر می‌شود. ولی چیزی که ممکن است نشنیده باشید، شدت درد و ناراحتی‌ای است که در صورت عدم تمایل به شیردهی، یا زمانی که تصمیم دارید شیر دادن را قطع کنید، می‌تواند به‌وجود آید. ممکن است سینه‌های شما مانند سنگ سخت، ملتهب و گرم شود، و گاهی به نظر می‌رسد به اندازه‌ی بالون‌های کوچکی بزرگ شده است. خوشبختانه، ناراحتی موقتی است؛ این دوره‌ی شدید پرشدگی تنها چند روز طول می‌کشد.

---

۱. لباس زیر توری کشی ظریفی که تا روی شکم را می پوشاند و برای اســـتفاده از نوار بهداشتی بعد از زایمان مورد استفاده قرار می گیرد. م.

فصل ۱۹

ده (یا در این حدود) اعتقاد خرافی

در این فصل

- مواجهه با مواردی عادی که جایی برای نگرانی نیست
- توجه به عقایدی عجیب و غریب که حتی هرگز به آن فکر نکرده‌اید
- نگاهی به اعتقادات عجیب که تنها در تعجب از آن‌ها می‌توانید سر تکان دهید

بارداری حالت اسرارآمیز خاصی دارد. میلیون‌ها زن در این راه قرار گرفته‌اند، با وجود این، پیش‌بینی جزئیات آنچه هر زنی تجربه می‌کند، مشکل است. شاید به همین دلیل است که طی قرن‌ها خرافات متعددی شکل گرفته (و باقی مانده است)، و اکثر آن‌ها برای پیشگویی آینده‌ی نامعلوم به‌وجود آمده است. در اینجا ده (یا در این حدود) خرافه ذکر شده است. افسوس، که در واقع چیزی جز مهمل نیست.

خرافه‌ی قدیمی در مورد ترش کردن

اگر یک زن باردار به‌طور مکرر با ترش کردن مواجه شود، بچه‌ی او پرمو خواهد بود. حقیقت ندارد. برخی نوزادان مو دارند، برخی ندارند. به هرحال، اکثر آن‌ها ظرف مدت چند هفته تمام آن را از دست می‌دهند.

خرافه در مورد حرکت مرموز بند ناف

اگر یک زن باردار دستان خود را بالای سرش بلند کند، بچه را خفه خواهد کرد. بابا بی‌خیال! مردم فکر می‌کنند (و افسوس، که برخی هنوز باور می‌کنند) حرکت مادر می‌تواند موجب گره خوردن بند ناف به دور بچه شود، ولی این نیز حقیقت ندارد.

خرافه‌ی نفرین

هرکس که از درخواست یک زن باردار برای غذا مضایقه کند، چشم او گل مژه خواهد زد. نچ. این خرافه به این معنا نیست که کسی که از درخواست زنی باردار سرباز

می‌زند بی‌تقصیر نیست، ولی: قطعاً مورد هشدارها، نسبت دادن یا نگاه‌های سرد قرار می‌گیرد، ولی نه گل مژه.

خرافه در مورد ضربان قلب

اگر ضربان قلب جنین تند باشد، بچه دختر است، و اگر ضربان قلب کند باشد، بچه پسر است. محققان پزشکی در واقع به این خرافه توجه کرده‌اند. تفاوتی بسیار جزئی میان متوسط ضربان قلب پسران با دختران یافته‌اند، ولی آن‌قدر بارز نیست که ضربان قلب را پیش‌بینی‌کننده‌ی دقیقی برای تعیین جنسیت کند.

خرافه در مورد چیزهای زشت

اگر زن باردار چیزی زشت یا وحشتناک ببیند، بچه‌ای زشت خواهد داشت. چطور چنین چیزی می‌تواند حقیقت داشته باشد؟ چیزی به معنای نوزاد زشت وجود ندارد!

خرافه‌ی قهوه

اگر نوزادی با لک‌های شیرقهوه‌ای به‌دنیا بیاید (لک‌های قهوه‌ای کم‌رنگ مادرزادی)، مادر او در دوران بارداری به مقدار زیاد قهوه نوشیده یا خواسته‌های تحقق‌نیافته داشته است. نچ.

خرافه در مورد آشپزی بین‌الملل

بسیاری از مردم هنوز باور دارند خوردن غذاهای پرادویه موجب بروز درد زایمان می‌شود. این طور نیست، ولی می‌تواند ابزار بازاریابی مؤثری باشد: یک رستوران ایتالیایی را می‌شناسیم که در مورد غذای Chicken Fra Diavolo خود به‌عنوان القاکننده‌ی بی‌برو برگرد درد تبلیغ می‌کند. شاید غذا لذیذ باشد، ولی نمی‌تواند موجب بروز درد زایمان شود.

خرافه در مورد مقاربت پرشور

مقاربت جنسی پرتب و تاب موجب بروز درد زایمان می‌شود. آیا چیزی که این وضع وحشتناک را به سر شما انداخته است از سرتان خارج هم خواهد کرد؟ این فقط یک فکر حسرت‌بار است، ولی (اگر احساس می‌کنید در حالی که نه ماهه باردارید این کار را دوست دارید) دست به کار شوید و امتحان کنید. احتمالاً ارزش تلاشش را دارد.

خرافه در مورد صورت گرد

اگر صورت یک زن باردار چاق شود، بچه دختر است. و به تبع از خرافه می‌گوید اگر باســن زن چاق شود، بچه پسر است. مسلماً در حد کافی، هیچ‌یک از این اظهارات صحت ندارد. جنسیت بچه هیچ تأثیری بر نوع ذخیره شدن چربی در مادر ندارد.

یک اعتقاد خرافی علی‌الظاهر دیگر این اســت که اگر بینی مادر بزرگ و پهن شود، بچه دختر اســت. دلیل مصطلح در اینجا آن است که دختر همیشه زیبایی مادر را می‌رباید. تصوری عجیب ـ و کاملاً غیرواقعی.

خرافه در مورد قرص ماه

این یکی بر این باور است بیشتر خانم‌ها هنگامی که ماه کامل است، دچار درد زایمان می‌شوند. اگرچه بسیاری از کارکنان بخش زایمان اصرار دارند بخش زایمان در زمان ماه کامل شـلوغ‌تر اســت (پلیس نیز می‌گوید خانه‌های حوزه‌های آنان در آن زمان پرتحرک‌تر است)، اطلاعات علمی از این عقیده پشتیبانی نمی‌کند.

خرافه در مورد شکل شکم

اگر شکم یک زن باردار در پهلو باشد، بچه دختر، و اگر شکم زن مثل یک گلوله گرد باشد، بچه پسر اســت. فراموشش کنید. شکل شکم در هر زنی متفاوت است، ولی جنسیت بچه هیچ ربطی به این موضوع ندارد.

سونوگرافی تمام اسرار را می‌گوید

ســونوگرافی همیشــه می‌تواند جنســیت بچه را بگوید. نچ، نه همیشــه. اغلب، در حدود ۱۸ تا ۲۰ هفتگی از دوران بارداری، دیدن اندام تناسلی جنین با سونوگرافی امکان‌پذیر است. ولی امکان تشخیص جنسیت بچه به وضعیتی که بچه قرار گرفته تا دید مناسبی برای شما فراهم آورد، بستگی دارد. گاهی سونوگراف نمی‌تواند میان پاهای فاقد حس همکاری بچه را ببیند و بنابراین نمی‌تواند جنسیت او را تشخیص دهد. گاهی نیز، ســونوگراف ممکن اســت اشتباه کند، مخصوصاً اگر سونوگرافی در اوایل دوران بارداری انجام شده باشد. بنابراین حتی با وجود فهمیدن جنسیت بچه از طریق سونوگرافی، در اکثر موارد، صددرصد تضمین نشده است.

فصل ۲۰

ده نقطه‌ی عطف در رشد و تکامل جنینی

در این فصل

- کسب آگاهی از نحوه‌ی آغاز بارداری
- آگاهی از زمان شکل‌گیری بچه
- تشخیص زمانی که بچه شروع به طلب توجه دیگران می‌کند

زنان باردار به‌طور طبیعی برای دانستن چگونگی رشد فرزندانشان کنجکاوند. در هر روز از دوران بارداری، می‌خواهند بدانند کدام‌یک از اعضای بدن رشد کرده، چه اندام‌هایی فعال است، و بعداً، در اواخر دوران بارداری، می‌خواهند بدانند آیا بچه در حدی کامل شده است که بتواند بیرون از رحم زنده بماند یا نه. در این فصل، به توصیف ده نقطه عطف اصلی در رشد و تکامل جنینی می‌پردازیم.

بچه به‌وجود آمده است

اولین لحظه‌ی ضروری از بارداری زمانی اتفاق می‌افتد که اسپرم در تخم نفوذ کرده یا آن را بارور کند. بارداری، به‌طور متوسط، در حدود ۱۴ روز پس از اولین روز از آخرین دوره‌ی قاعدگی مادر روی می‌دهد. متوسط دوران بارداری ۴۰ هفته پس از آخرین دوره‌ی قاعدگی (۳۸ هفته بعد از باروری) به طول می‌انجامد.

رویان لانه‌گزینی می‌کند

لانه‌گزینی معمولاً در حدود هفت روز بعد از باروری اتفاق می‌افتد. رویان (یا تخم بارور، همان‌طور که در مراحل بسیار اولیه شناخته شده است.) هفته‌ی اول را در سفری به پایین لوله‌ی فالوپ می‌گذراند. در حدود روز پنجم به داخل رحم می‌رسد و در حدود روز ششم یا هفتم شروع به لانه‌گزینی می‌کند. تخم بارور چندین روز طول می‌کشد در دیواره‌ی رحم لانه کند.

ضربان قلب آغاز می‌شود

اولین دستگاه اندامی که در جنین در حال رشد آغاز به کار می‌کند، دستگاه قلبی‌عروقی است. قلب رویانی تنها سه هفته بعد از باروری شروع به تپیدن می‌کند. حرکت ضربان قلب اغلب یکی از اولین علایم حیاتی بارداری اســت که پزشکان می‌توانند با انجام سونوگرافی تشخیص بدهند. در حقیقت، گاهی می‌توانید قبل از رؤیت خود رویان، ضربان قلب را بر روی صفحه‌ی اولتراسون ببینید.

لوله‌ی عصبی بسته می‌شود

لوله‌ی عصبی آغاز پیدایش دستگاه عصبی مرکزی است ـ مغز و نخاع. مانند صفحه‌ی تختی از ســلول‌ها آغاز شده و در طول رشد و تکامل به داخل لوله می‌رسد. پس از اینکه دو ســر این لوله بسته شد، دستگاه عصبی اولیه فرایند طولانی تکامل را آغاز می‌کنــد، که تا بعد از تولد نوزاد ادامه می‌یابد. لوله‌ی عصبی به‌طور طبیعی ۲۸ روز پس از باروری از هر دو سر بسته می‌شود.

صورت به‌وجود می‌آید

اگرچــه ویژگی‌هــای مربــوط به صــورت جنینی در طــول دوران بــارداری کامل می‌شــود، دوره‌ی حیاتی برای شکل‌گیری صورت، از هفته‌های پنجم تا هشتم بعد از باروری است.

دوره‌ی رویانی پایان می‌پذیرد

مراحل اولیه‌ی تمام اندام‌ها و ساختارهای یک بچه‌ی طبیعی در طول مدتی که به دوره‌ی رویانی مصطلح است، شکل می‌گیرد؛ هشت هفته‌ی اول از دوران بارداری.

دوره‌ی جنینی که متعاقب آن است، با رشد بعدی این اندام‌های اولیه تا به دنیا آمدن نوزادی گریان، سالم و خوشحال مشخص شده است.

اندام‌های تناسلی ظاهر می‌شود

اگرچه جنسیت فرزند شما از زمان باروری مشخص می‌شود، مذکر یا مؤنث بودن رویان بسیار جوان یکسان ظاهر می‌شود. تنها بعد از حدود ۱۲ هفته از بارداری است که هم آلت نری و کیسه‌ی محتوی بیضه‌ها و هم کلیتوریس و مهبل آشکار می‌شود.

دمیدن روح اتفاق می‌افتد

دمیدن روح به اولین تصور مادر از حرکت جنینی اطلاق می‌شود. این مسئله به‌طور کلـی در حـدود ۱۸ تا ۲۰ هفتگی از دوران بـارداری رخ می‌دهد. اگرچه می‌توانید حرکات جنینی را با سـونوگرافی بسـیار زودتر از این ببینید، اولین حرکت جنین، اولین نشانه‌ی حیات است که مادر باردار می‌تواند احساس کند.

ریه‌ها کامل می‌شود

پیدایش دستگاه تنفسی جنینی از ۲۶ تا ۲۸ هفتگی از دوران بارداری وجود داشته و عمل می‌کند. برخی از نوزادانی که در این زمان متولد می‌شـوند، می‌توانند خود تنفس کنند، ولی بسیاری به کمک دستگاه تنفس مصنوعی نیاز دارند. ریه‌های برخی از نوزادان زودتر از عده‌ای دیگر کامل می‌شـود، ولی اکثریت غالب نوزادان در ۳۶ تا ۳۷ هفتگی از دوران بارداری، ریه‌های کاملی دارند.

نوزادی متولد شده است

این مورد نیازی به توضیح (بیشتر) ندارد.

فصل ۲۱

ده مورد اصلی که می‌توانید در سونوگرافی ببینید

در این فصل

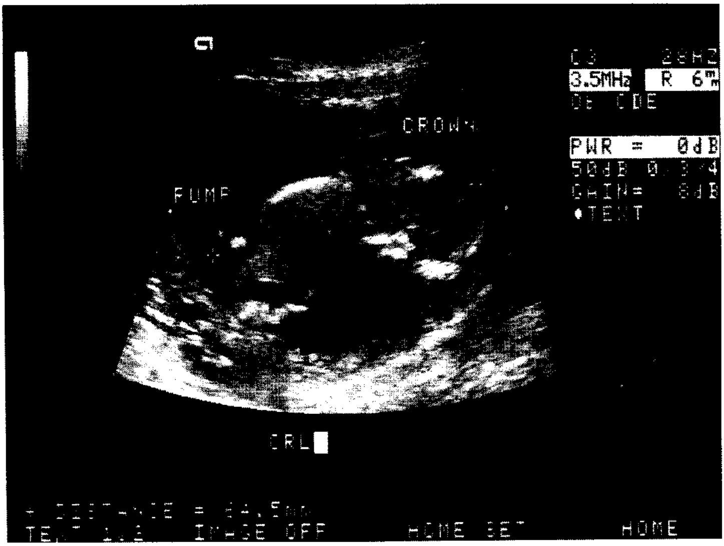
- دیدن آنچه سونوگراف می‌بیند
- کنترل وضعیت سلامت فرزند خود از طریق سونوگرافی
- تشخیص دختر یا پسر بودن فرزند شما

اگر زمانی مادر بارداری را دیده باشید که یک عکس سونوگرافی از بچه نشان دهد، می‌دانید تشخیص آنچه بدان می‌نگرید، جدای از تشخیص شباهت خانوادگی، همیشه آسان نیست! ولی تصاویر اولتراسون — در صورتی که بدانید دنبال چه چیزی هستید — می‌تواند در حد تعجب‌آوری واضح و مؤثر باشد. در این فصل، آنچه را دکترها و سونوگراف‌ها سعی در تشخیص برای یافتن روند مناسب رشد و تکامل بچه دارند، به شما نشان می‌دهیم.

چاپ تصاویر اولتراسون در کتابی مانند این بی‌سابقه است. ولی فکر می‌کنیم چنین کاری ارزش تلاش دارد، زیرا در هیچ کتاب بارداری دیگری، تصاویر اولتراسون وجود ندارد، و بسیاری از بیماران ما در مورد آنچه می‌بینند، سؤالاتی دارند.

اندازه‌گیری طول تاج سر ـ سرین

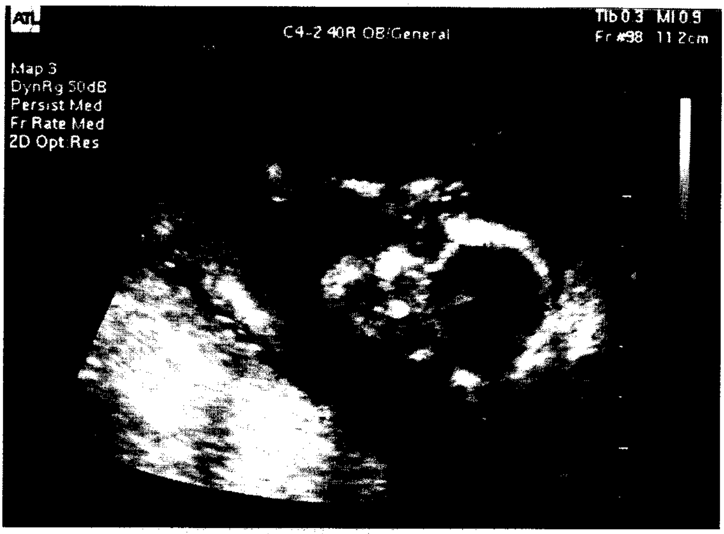
طول تاج سر ـ سرین به واژه‌ی اختصاری آن، CRL نیز اطلاق می‌شود. این اندازه‌گیری (شکل ۱-۲۱) از بالای سر جنین (تاج سر) تا لمبرها (سرین) در طول سه‌ماهه‌ی اول گرفته می‌شود. این دقیق‌ترین اندازه‌گیری از طریق سونوگرافی است که پزشک شما می‌تواند برای تخمین سن بارداری از آن استفاده کند.



شکل ۱- ۲۱: طول تاج سر تا سرین، یک اندازه‌گیری در سه‌ماهه‌ی اول است که برای تعیین مدت بارداری شما مورد استفاده قرار می‌گیرد.

صورت

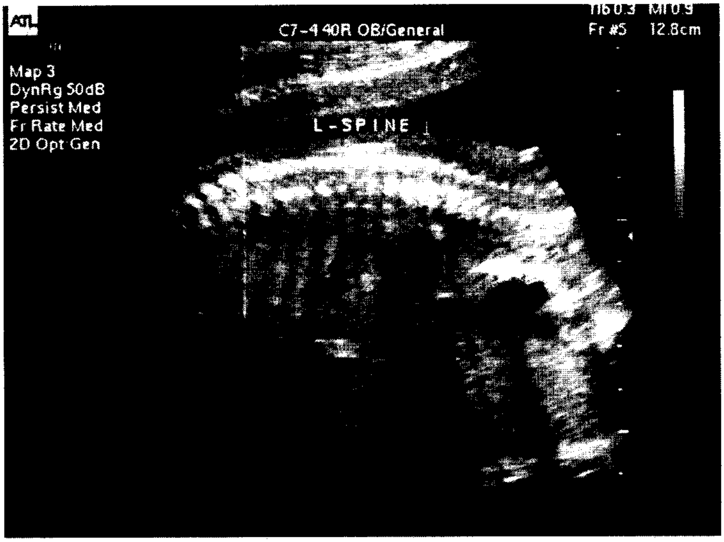
بسیاری از مردم فکر می‌کنند نمای جنینی که در شکل ۲- ۲۱ در طول سه‌ماهه‌ی دوم گرفته شــده، به نوعی وحشتناک اســت. برخی می‌گویند بچه شبیه به ای تی است. ولی به‌خاطر داشته باشید که این یک عکس قدیمی از صورت بچه نیست. پرتو اولتراسون از هر قسمت جنین عبور می‌کند و به هر کجا که هدایت شود، تصویری از یک « مقطع برشی» از درون بچه، نه سطح آن ترسیم می‌کند.



شکل ۲- ۲۱: به دوربین لبخند بزن!

ستون فقرات

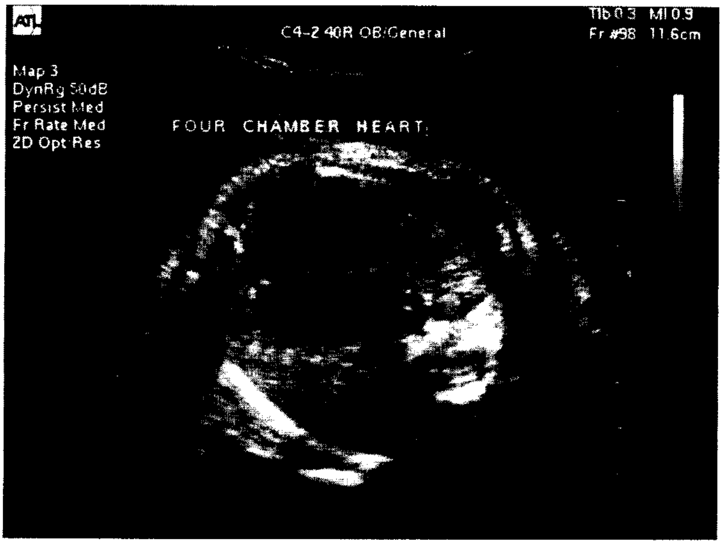
ســتون فقرات چیزی است که حتی اکثر تازه‌کاران در سونوگرافی نیز می‌توانند به راحتی پیدا کنند. به شکل ۳- ۲۱ نگاهی بیندازید. در سه‌ماهه‌ی دوم، تصویر کامل ستون فقرات به منظور منتفی دانستن نقایص لوله‌ی عصبی حائز اهمیت است (به فصل ۸ رجوع کنید).



شکل ۳- ۲۱: شما به‌راحتی می‌توانید در سه‌ماهه‌ی دوم، ستون فقرات جنینی را از طریق سونوگرافی ببینید.

قلب

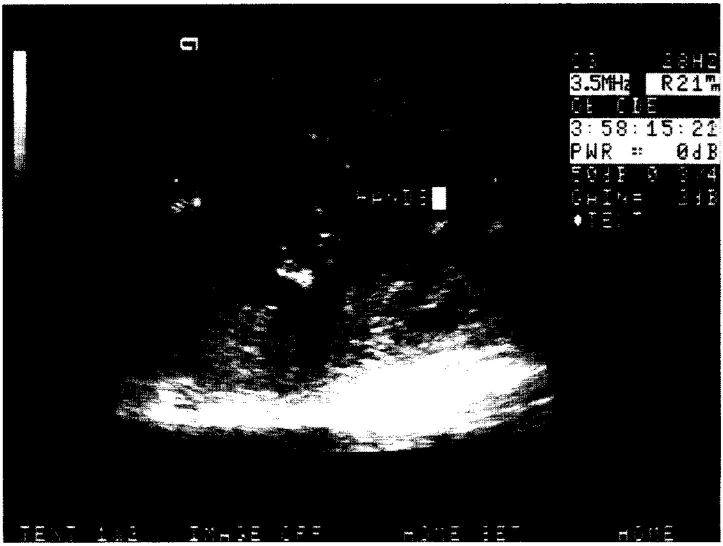
تصویر ۴-۲۱ نمای چهار حفره‌ی کلاسیک از قلب جنین است که پزشک شما با انجام سونوگرافی در سه‌ماهه‌ی دوم، به دنبال آن می‌رود. می‌توانید به‌وضوح دو دهلیز و دو بطن را ببینید. نمایی طبیعی از چهار حفره، اصلی‌ترین ناهنجاری‌های قلبی را منتفی می‌کند. در طول یک سونوگرافی حقیقی، می‌توانید ضربان قلب و حرکت دریچه‌ها را ببینید.



شکل ۴-۲۱: در این عکس می‌توانید چهار حفره‌ی قلب را ببینید. در طول یک بررسی حقیقی، ضربان قلب را نیز می‌توانید ببینید.

دست‌ها

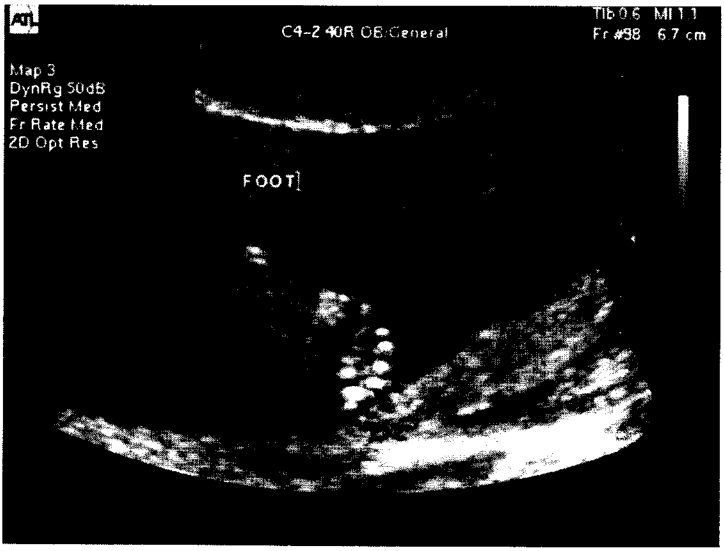
در سه‌ماهه‌ی دوم، شمردن انگشتان دست‌ها و پاهای جنینی کاری پرزحمت است، زیرا جنین بی‌وقفه حرکت می‌کند. ولی شکل ۵-۲۱، تمام آن‌ها را در تصویر گرفته است. می‌توانید پنج انگشت دست پایین‌تر و پنج انگشت دست بالاتر را (فقط نوک شست دست بالایی است که می‌توانید ببینید.) ببینید.



شکل ۵-۲۱: تمام پنج انگشت...

پا

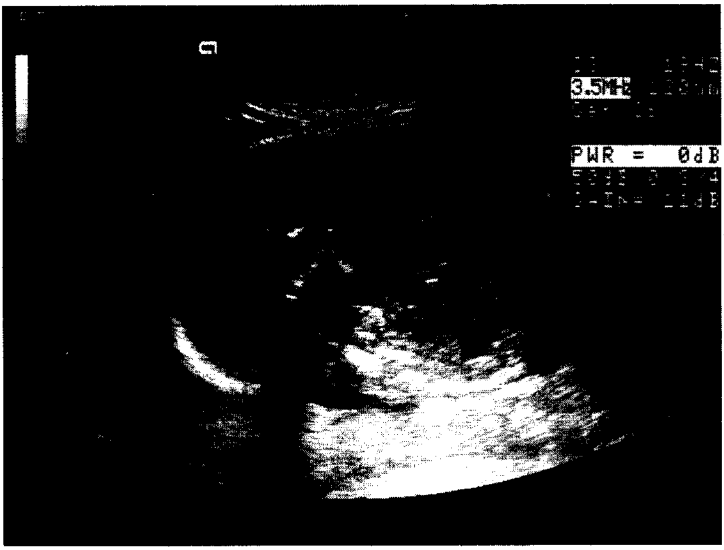
اگرچه نمی‌توانید اندازه‌ی کفش را هنوز پیش‌بینی کنید، می‌توانید پنج انگشت پا را در شکل ۶-۲۱، که از طریق سونوگرافی در سه‌ماهه‌ی دوم گرفته شده، ببینید.



شکل ۶-۲۱:
... و تمام پنج انگشت پا.

نیم‌رخ جنینی

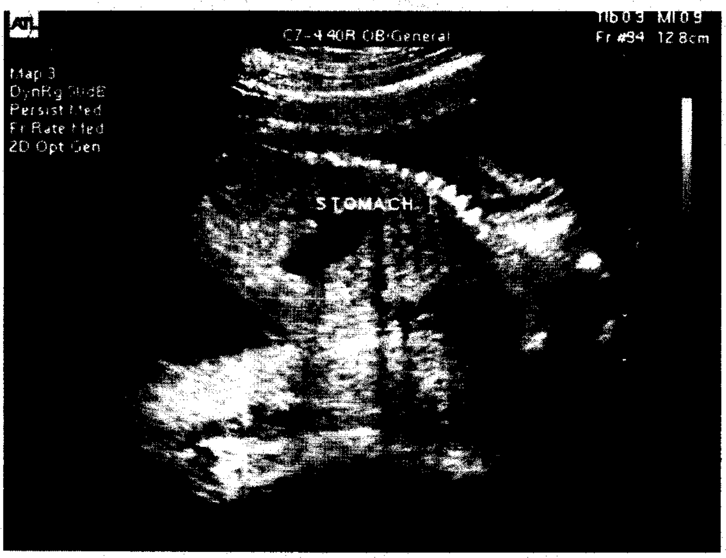
می‌توانید در شکل ۷-۲۱ جنینی را در سه‌ماهه‌ی دوم ببینید که در حال استراحت بعد از برنامه‌ی پرجنب و جوش بازی‌اش است.



شکل ۷-۲۱: در این تصویر اولتراسون، می‌توانید نمای نیم‌رخ جنینی را در حال استراحت ببینید.

معده

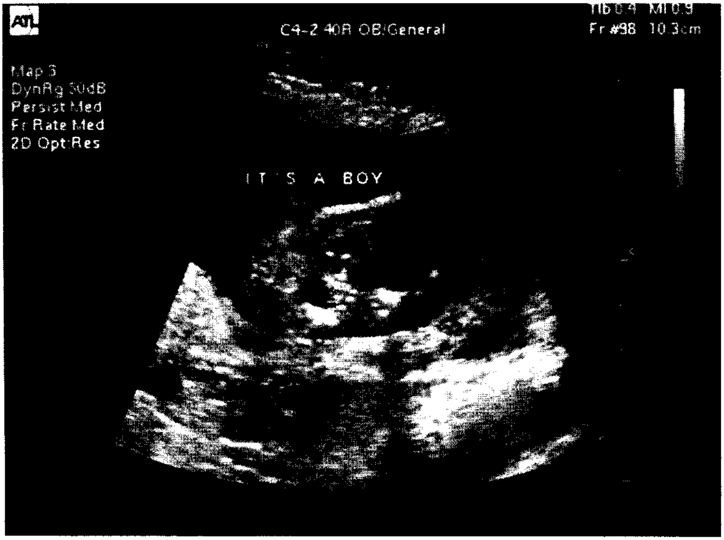
هرچیزی که از مایع پر شده باشد، در سونوگرافی تیره نشان داده می‌شود. از آنجا که بچه پیوسته از مایع آمنیوتیک می‌بلعد، معده مانند یک «حباب» تیره نشان داده می‌شود. (جنینی که در شکل ۸- ۲۱ نشان داده شده نیز در سه‌ماهه‌ی دوم است.)



شکل ۸-۲۱: معده‌ی جنین در سونوگرافی مانند یک حباب تیره نشان داده می‌شود.

بچه پسر است!

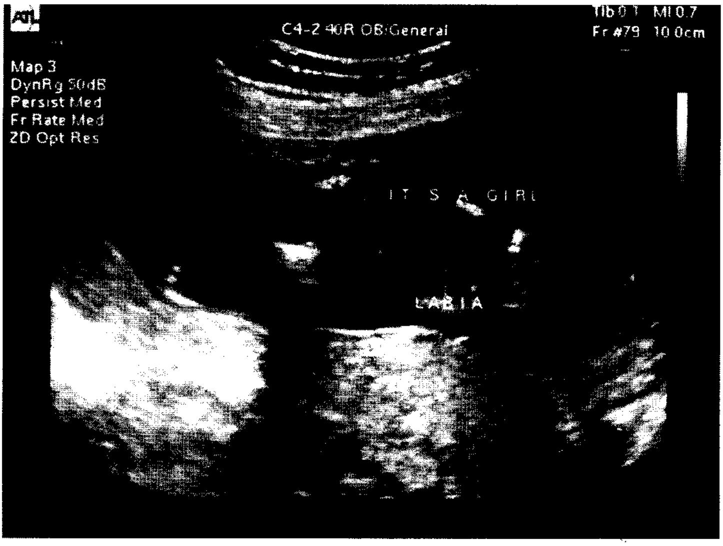
همان‌طور که در شکل ۹- ۲۱ می‌توانید ببینید، گرفتن نمایی بسیار واضح از پیدایش آلت نری اغلب امکان‌پذیر است. (مایه‌ی افتخار پدر!)



شکل ۹-۲۱: یک نگاه به این تصویر اولتراسون کافی است تا بگوید بچه پسر است.

بچه دختر است!

در شکل ۱۰ -۲۱ تصویر لب‌های فرج به‌راحتی قابل تشخیص است.



شکل ۱۰-۲۱: تصویر اولتراسون به‌وضوح نشان می‌دهد بچه دختر است.

ضمیمه

مرد باردار: بچه‌دار شدن از دید یک پدر

نقش یک زن در بارداری بدون شک اساسی است، ولی از لحاظ بیولوژیکی، تنها قادر به انجام آن نیست. سهم شما نیز، از همان شروع حیاتی است. DNA موجود در اسپرم شـــما نیمی از کل DNA بچه را تأمین می‌کند. و ســـهم DNA شما جنسیت بچه را تعیین می‌کند. اگر یک کروموزوم X اهدا کنید، بچه دختر است؛ اگر یک کروموزوم Y بدهید، بچه پسر است. (تخمک زن همیشه دارای کروموزوم X است.)

اسپرم، البته، تنها اولین همکاری‌ای است که برای پروژه انجام می‌دهید. حمایتی که از مادر در طول دوران بارداری می‌کنید حداقل اهمیت است. درست همان‌گونه که دوران بارداری زمانی از تغییر بســـیار شدید در بدن یک زن است، همین‌طور زمان تغییر شـــدید عاطفی هم برای پدر و هم برای مادر اســـت، و زمان گذار برای شـــما به‌عنوان یک زوج، به دوران پدری و مادری است. تشخیص این حقیقت می‌تواند کار را برای شـــما آســـان‌تر کند تا در کل فرایند و ایفای نقش خود در حد امکان راحت باشید. مطالعات به‌وضوح نشان می‌دهد دوران بارداری، درد و زایمان زمانی که پدر همراه و حمایتگر باشد، با مشکلات کمتری مرتبط است.

واکنش به خبر

«عزیزم، فکر می‌کنم باردارم!» کلماتی را می‌شـــنوید که میلیون‌ها مرد دیگر قبل از شـــما شنیده‌اند ــ و احساس لذت و هیجانی ناب می‌کنید.خوب، نه در واقع. احتمالاً احساســـی از نگرانی و حتی ترس از آینده نیز دارید. شاید نگران باشید پدر یا مادر بودن چگونه ممکن است روابط شما را با همسرتان تغییر دهد. شاید نگران شوید که پدر یا مادر بودن چگونه بتواند زندگی شما را در کل تغییر دهد. شاید نگران شوید که شـــما و همسرتان قادر به حمایت مالی خانواده نخواهید بود یا اینکه پدر خوبی نباشـــید. فقط به‌خاطر داشته باشید که احساسات همسر شما نیز نسبت به داشتن فرزند زیاد متفاوت نیســـت. او احتمالاً نگرانی‌هایی برای خود دارد. بنابراین در مورد احساسات خود با یکدیگر صحبت کنید.

آنچه هر پدری مایل است در مورد مقاربت جنسی بداند

یکی از شایع‌ترین سؤالاتی که پدران می‌پرسند، در مورد مقاربت در دوران بارداری است. تمایل شما برای مقاربت ــ مانند همسرتان ــ ممکن است افزایش یا کاهش یابد. بسیاری از مردان نگرانند وارد کردن آلت نری درون مهبل، نزدیک دهانه‌ی رحم، ممکن است به بچه آسیب برساند یا به زایمان زودرس منجر شود. در یک دوران بارداری بدون مشکل، دلیلی برای نگرانی از این بابت ندارید. یک نگرانی شایع دیگر آن است که با دراز کشیدن بر روی همسر خود بچه را له کنید. دوباره می‌گوییم، اگر دوران بارداری عادی باشد (مخصوصاً در ماه‌های اول)، قرار گرفتن در بالا مشکلی ندارد. بالشتکی از مایع آمنیوتیک بچه را احاطه کرده است. در ماه‌های بعدی بارداری، اندازه‌ی شکم مادر می‌تواند حالت پرشور و حرارت را آزاردهنده کند، یا همسر شما احساس ناراحتی کند. چنانچه مایل باشد، با کمی صرف وقت حالت‌هایی جایگزین کنید که برای او راحت باشد. همچنین، به‌خاطر داشته باشید غریزه‌ی جنسی در دوران بارداری می‌تواند اوج و حضیض داشته، یا تنها حضیض باشد (به فصل ۳ رجوع کنید). دوران بارداری برای برخی از خانم‌ها، فقط قطع روابط جنسی است. بنابراین اگر همسر شما تمایلی به داشتن مقاربت ندارد، سعی کنید او را درک کنید.

در برخی موارد، آمیزش در دوران بارداری کار مناسبی نیست. مثلاً، اگر مادر دچار درد زودرس شود و دهانه‌ی رحم او در حد قابل‌ملاحظه‌ای باز شده باشد، پرهیز کاری عاقلانه است. در مورد جفت سرراهی به همراه خونریزی (به فصل ۱۵ رجوع کنید) و در برخی موارد نارسایی دهانه‌ی رحم (به فصل ۶ رجوع کنید)، آمیزش همان‌طور که در بالا ذکر شد، منطقی نیست. در صورتی که همسرتان با یکی از این مشکلات روبه‌روست و شما در مورد وضعیت او مطمئن نیستید، با پزشک او صحبت کنید. به‌خاطر داشته باشید آمیزش تنها راهی نیست که شما و همسرتان احساسات جنسی خود را برای یکدیگر بیان کنید. اغلب، بغل کردن، نوازش کردن، یا نگاه‌های محبت‌آمیز می‌توانند جایگزین‌های ارضاکننده‌ای باشد. به‌خاطر داشته باشید، دوران بارداری (و احتمالاً اختلال در زندگی زناشویی شما) تا ابد ادامه نخواهد داشت، حتی اگر گاهی اوقات این طور احساس کنید.

آگاهی از آنچه در سه‌ماهه‌ی اول باید انتظار داشت

پس از آنکه هر دوی شما هیجان اولیه را گذراندید، با واقعیات بارداری در طول سه‌ماهه‌ی اول مواجه می‌شوید. همسر شما احتمالاً به‌طور استثنایی احساس خستگی می‌کند و ممکن است به دفعات قابل ملاحظه‌ای به دفع ادرار نیاز داشته باشد. احتمال اینکه صبح‌ها حالت تهوع نیز داشته باشد، زیاد است (به فصل ۵ رجوع کنید). می‌توانید با قبول مسئولیت‌های بیشتری در انجام کارهای روزانه‌ی منزل کمک کنید. (بله، یعنی اینکه خانه را تمیز کنید، لباس بشویید، ظرف‌ها را بشویید و حتی آشپزی کنید.) برای او فرصت بیشتر مورد نیاز را برای استراحت فراهم کنید. و آگاه باشید تمام مدت

دچار حالت تهوع بودن چه دردسری می‌تواند باشد. اگر نمی‌توانست استیک (غذای مورد علاقه‌ی شما) یا برخی غذاهای دیگر را تحمل کند، زیاد ناراحت نشوید. تا آنجا که می‌توانید حمایتگر باشید. اگر نیمه‌شب از شما خواست برای خرید شور و سس گوجه فرنگی فوراً بیرون بروید (خوراکی مورد علاقه‌ی جوآن در سه‌ماهه‌ی اول)، فقط لبخند بزنید و بپرسید، «درسته یا بریده شده؟» «شوید یا خیارشور؟»

سعی کنید در برنامه‌ی خود جایی باز کنید تا با همسر خود در اولین مراجعه‌ی دوران بارداری به پزشک، با او همراه باشید. مشارکت شما نه تنها به‌دلیل حمایت‌رسانی شما حائز اهمیت است، بلکه ممکن است لازم باشد به سؤالاتی در مورد سابقه‌ی بیماری خانوادگی پاسخ دهید. به‌علاوه، شما نیز احتمالاً سؤالاتی دارید که از پزشک بپرسید.

تماشای بزرگ شدن مادر ـ سه‌ماهه‌ی دوم

«عزیزم، حالا فکر می‌کنی من چاق و زشتم؟» ممکن است در طول سه‌ماهه‌ی دوم، زمانی که بدن مادر در واقع شروع به تغییر می‌کند، این سؤال را بشنوید. در اینجا توصیه‌ای می‌کنیم: این سؤال چندگزینه‌ای نیست. تنها می‌توانید یک جواب داشته باشید، و همچنان به خاطر بسپارید تا بتوانید بدون تردید پاسخ دهید: « نه عزیزم، به هیچ وجه. تو قشنگ‌ترین زنی هستی که تا به حال چشمم به او افتاده است.»

از سه‌ماهه‌ی دوم لذت ببرید. اغلب، لذت‌بخش‌ترین قسمت از دوران بارداری برای هر دوی والدین است. حالت تهوع صبحگاهی و خستگی از بین می‌رود، و همسر شما حرکت بچه را درون خود احساس می‌کند. اغلب، شما نیز، می‌توانید با قرار دادن دست خود بر روی شکم مادر، حرکت بچه را احساس کنید. بسیاری از مادران در طول این دوره‌ی سه‌ماهه، برای بررسی آناتومی بچه یک سونوگرافی انجام می‌دهند.

سعی کنید برای دیدن بررسی سونوگرافی (به فصل ۲۱ رجوع کنید) همراه باشید؛ این یکی از لذت‌بخش‌ترین معاینات دوران بارداری است. می‌توانید دست‌ها، پاها و صورت بچه را ببینید و حرکت بچه را در اطراف تماشا کنید. برای اولین بار، زندگی، حرکت و رشد یک انسان کوچک را از درون می‌بینید، و ناگهان مسئولیت نهایی بسیار واقعی‌تر به نظر می‌رسد!

با پایان ســـه‌ماهه‌ی دوم، می‌توانید کلاس‌های دوران بارداری را شـــروع کنید. بهانه نیاورید! با همســـر خود بروید! کلاس‌ها هم برای پدر و هم برای مادر طراحی شـــده اســـت. در طول این مدت، می‌توانید متوجه بشوید تا چه حد در طول درد و زایمان می‌توانید مؤثر باشـــید.و می‌توانید به منظور کاهش برخی از اضطراب‌های خود در مورد آنچه باید پیش‌بینی کنید، سؤالاتی بکنید.

دردسر ـ
سه‌ماهه‌ی سوم

«نمی‌توانم بخوابم.» «مثل نهنگی شـــدم که به شـــن نشسته.» «مچ‌های پاهایم از بین رفته.» ســـه‌ماهه‌ی سوم از راه رســـیده است. همسر شما ممکن است به‌دلیل تمام تغییراتی که در بدن او صورت گرفته، و به‌دلیل تغییر جثه احساس ناراحتی کند. بســـیاری از خانم‌ها در اواخر دوران بارداری برای خوابیدن مشکل دارند، که تنها تحمل ناراحتی را برای آن‌ها مشکل‌تر می‌کند. همان‌طور که در سه‌ماهه‌ی اول انجام دادید، بیشـــتر کارهای روزانه‌ی خانه را به عهده بگیرید و اجازه دهید زمان لازم برای اســـتراحت داشته باشد. او را به آرایشگاه مورد علاقه‌اش برای «رسیدن به خود» مهمان کنید، یا او را برای ماساژ گرفتن بیرون بفرستید یا هرچیز دیگری که احساس خاص بودن به او بدهد. او سزاوار داشتن احساس خوبی نسبت به خود و تغییراتی است که در حال انجام است. و در صورتی که بتوانید راهی پیدا کنید بدن باردار خود را بپذیرد، آرام باشد و مسائل را کمی راحت‌تر بگیرد، اوضاع برای هر دوی شما راحت‌تر خواهد شد.

در اواخر سه‌ماهه‌ی سوم، طبیعتاً، هر دو بر موضوع درد و زایمان متمرکز می‌شوید. شاید میلیون‌ها سؤال داشته باشید: آیا بچه سالم خواهد بود؟ آیا واقعاً مایل به حضور در اتاق زایمان هستم؟ همسر من چگونه درد زایمان را تحمل خواهد کرد؟ من چگونه درد زایمان را تحمل خواهم کرد؟ آیا در طول زایمان دل‌آشـــوبه خواهم گرفت؟ از لحاظ روانی، زایمان می‌تواند یک چالش حقیقی برای پدر باشد. به‌طور طبیعی بسیار مراقب اوضاع هستید، ولی به‌طور کامل زمام امور را در دست ندارید، و این وضعیت ممکن است شما را مضطرب کند.

در همان زمان، پدر شدن قریب‌الوقوع با شما رودررو می‌شود. و شروع این مسئولیت جدید ممکن است موجب اضطراب یا سؤالات بیشتری شود: آیا از تأمین خانواده‌ی خـــود برمی‌آیم؟ آیا پدر خوبی خواهم بـــود؟ آیا می‌توانم یاد بگیرم کهنه‌ی بچه را

چطور عوض کنم؟ از کجا بدانم یک نوزاد ظریف را چطور باید نگه دارم؟ تمام این سؤالات عادی است. باز هم می‌گوییم، احتمالاً با سؤالاتی که در ذهن همسرتان پیش می‌آید، بسیار یکسان است. برقراری ارتباط یعنی همه‌چیز. بسیاری از زوج‌ها احساس می‌کنند می‌توانند با یکدیگر در مورد درگیری‌های هراس‌آور مربوط به خود صحبت کنند.

پدر در اتاق زایمان

اگر تصمیم دارید به همسرتان در اتاق زایمان ملحق شوید (و ما با تمام وجود شما را به انجام این کار تشویق می‌کنیم!)، به‌خاطر داشته باشید پس از آنکه وارد طبقه‌ی زایمان شدید، تمام توجهات معطوف به مادر است، نه شما. نقش اولیه‌ی شما حمایت از همسرتان است. آن نقش را صد درصد ایفا کنید. اگر گه‌گاه با شما تندی کرد، تعجب نکنید، و فکر نکنید به این معناست که آرزو می‌کرد آنجا نبودید. پس از آنکه همه‌چیز تمام شد، او از حضور شما قدردانی خواهد کرد. اگر برای کنترل درد نیاز به تصمیم‌گیری داشت ــ در مورد اینکه مثلاً اپیدورال کند ــ بدون داوری در تصمیم‌گیری به او کمک کنید. تصمیم نهایی را او باید بگیرد ؛ در نهایت، بدن اوست و درد نیز برای اوست.

برخی از پدران ترجیح می‌دهند زایمان حقیقی را نبینند. برخی از مادران ترجیح می‌دهند همسرانشان آن‌ها را از این جنبه‌ی نه چندان خوشایند نبینند. فصل ۱۰ جزئیات وحشتناکی در مورد چیزهای عجیب و جالبی دارد که در طول درد زایمان اتفاق می‌افتد. در اینجا تکرار مکررات نمی‌کنیم، ولی مراقب باشید: چیزی بیشتر از یک بچه از همسر شما خارج می‌شود (اگر که کافی نبوده است). برخی از مردان نیز، تصمیم می‌گیرند تمام صحنه را نبینند، زیرا مایل نیستند اندام تناسلی همسر خود را با چنان دید متفاوتی ببینند. (در واقع، برخی از مردانی که زایمان را تماشا می‌کنند، از اختلال عملکرد جنسی برای مدتی بعد از زایمان رنج می‌برند) ولی نگران نباشید، این مسئله زیاد دوام نمی‌آورد، وگرنه هر بچه‌ای تنها فرزند باقی می‌ماند.

در صورتی که تصمیم گرفتید به همسر خود در اتاق زایمان ملحق شوید، به هر طریقی که می‌توانید، حضور خود را مؤثر کنید. بالاتر از همه، پدر، صبور و فهیم باشید. شاید مادر قریب‌الوقوع، همراه با اضطراب، ترس یا درد، نسبتاً عصبانی و بداخلاق شود. این واکنش در طول درد کاملاً طبیعی است. می‌توانید به او کمک کنید تمرینات تنفسی و روش‌های آرامش‌بخش خود را انجام دهد، همچنین می‌توانید به طرق زیر کمک کنید:

- ✓ به او اطمینان دهید که همه‌چیز خوب پیش می‌رود
- ✓ زمانی که خسته یا بداخلاق می‌شود او را درک کنید
- ✓ با او همدردی کنید
- ✓ برای او خرده‌یخ بیاورید
- ✓ حواس او را پرت کنید (با ترفند، شوخی یا هرچیز دیگر)
- ✓ در انتقال نیازهای او به کادر تخصصی بیمارستان یا زایشگاه کمک کنید

هنگامی که درد زایمان به مرحله‌ی آخر می‌رسد، می‌توانید در طول آن کارهای زیادی برای کمک به همسرتان انجام دهید:

- ✓ در طول فشارها به او کمک کنید تا ده بشمارد.
- ✓ در صورت نیاز، به او بگویید انقباض چه موقعی شروع می‌شود. (می‌توانید با نگاه کردن به مانیتور به او بگویید).
- ✓ پاهای او را بلند کرده یا سر او را به سمت جلو، چانه را نزدیک به سینه نگه دارید. این وضعیت فشارها را کارآمدتر می‌کند.
- ✓ برای راحت‌تر شدن او هر کاری می‌گوید انجام بدهید. با یک پارچه‌ی مرطوب آهسته به پیشانی او بکشید. با این کار احساس بهتری به او می‌دهید.
- ✓ حمایتگر و مشوق باشید.
- ✓ دست او را در دست بگیرید. مراقب باشید، زیرا او به‌شدت آن را می‌فشارد!
- ✓ زمانی که درخواست می‌کند او را ماساژ دهید.
- ✓ هرچه می‌گوید انجام دهید، حتی (یا مخصوصاً) اگر به شما می‌گوید خفه شوید.

بعد از به دنیا آمدن نوزاد، حتماً به همسر خود برای کاری که به نحو احسن انجام شد، تبریک بگویید.

بالاخره خانه ـ با خانواده‌ی جدید

اگر دوران بارداری، درد زایمان و زایمان آن‌قدرکافی نبود که به شما شوک بدهد که با واقعیت تغییر همیشگی زندگی خود مواجه شوید، آمدن از بیمارستان به خانه با خانواده‌ی جدید خود، قطعاً این کار را انجام می‌دهد. اکنون شما و همسرتان مجموعه‌ای از مسئولیت‌های جدید دارید. از آن زمانی که برای مردان عادی بود

فکر کنند مادر همه‌ی امور را به تنهایی انجام می‌دهد، مدت‌ها گذشته است. مردان می‌توانند در عوض کردن پوشک بچه (حتی این روزها در توالت‌های مردانه نیز میز تعویـض دارند)، غـذا دادن به نوزاد، خرید و انجام کارهای منزل کمک کنند. حتی اگر مادر شـیر خود را می‌دهد، می‌توانید گاهی با دوشـیدن شیر مادر و ریختن در یک شیشه‌ی شیر، به نوزاد شیر بدهید. در حقیقت، می‌توانید از همسرتان بخواهید به‌طور منظم شیشه‌هایی بدین طریق برای شما آماده کند، زیرا شیر دادن به نوزاد یکی از روش‌های مهم و بسیار ارضاکننده برای پیوند عاطفی است.

همسـر شما حداقل شش هفته وقت لازم دارد به شکل قبل از دوران بارداری خود برسـد، و احتمالاً کمی طولانی‌تر. در طول چند ماه اول، شـاید خسـته باشد. او در نهایت، در دوران نقاهت درد و زایمان به سر می‌برد. و احتمال آنکه شما و همسرتان تا حدودی بی‌نصیب بخوابید، زیاد است. چنین شرایطی می‌تواند برای هر کسی آسان باشد تا هر از گاهی صبر خود را از دست داده یا بیش از معمول از حوصله خارج شود. فقط از این واقعیت آگاه باشـید که رفتار شـما تحت شرایط خاص برای یک لحظه می‌تواند مؤثر باشد. متوجه باشید همسرتان زمانی برای استراحت در اختیار دارد ـ سعی کنید خودتان نیز چرتی بزنید.

در شـرایطی پرتنش (حتی اگر لذت‌بخش باشـد) مانند داشـتن یک نوزاد جدید، مقاربت ممکن است در اولویت اصلی نباشد. به خود و همسرتان فرصت مورد نیاز را برای تعدیل تمایلات جنسی خود بدهید. حتی پس از آنکه پزشک همسرتان اجازه به آغاز مقاربت داد (معمولاً در حدود شـش هفته بعـد از زایمان) و هر دو آمادگی داشتید، ابتدا بسیار آرام و ملایم پیش روید. بافت اطراف مهبل و پرینه‌ی همسر شما (منطقه‌ی بین مهبل و مقعد) ممکن است هنوز کمی زخم باشد. و این حقیقت که هر دوی شما شاید برای چند هفته یا چند ماه مقاربت نداشته باشید، ممکن است به ناراحتی بیفزاید. بسـیاری از زوج‌ها متوجه می‌شوند استفاده از روغن‌های حاوی آب برای چند بار اول مؤثر است.

در نهایت، اگر احسـاس می‌کنید بـرای پدر بودن آمادگی نداریـد، فاقد مهارت‌ها و آگاهـی از انجـام کاری بـه نحـو مطلـوب هسـتید، تعجـب نکنیـد. برخلاف گربه‌هـا، سـگ‌ها یا حیوانـات جنگلی، انسـان‌ها بـا غریـزه‌ی ذاتی والـد بودن به دنیا نیامده‌اند. هم شما و هم همسرتان برای ایجاد مهارت‌های لازم برای رسیدگی به نوزادان، خردسـالان و نوجوانان... به زمان نیاز دارید. در طول راه، اغلب آزمایش و خطا می‌کنید. فقط این شرایط را درک و قبول کنید. اغلب در این باره با یکدیگر صحبت کنید و کمربندهای خود را محکم ببندید. در مسـیر ماجرایی باور نکردنی قرار گرفته‌اید.

Pregnancy for Dummies

Joanne Stone, Keith Eddleman,
Mary Duenwald

Translated into Persian by
Niyala Nasiroghli

Hirmand Books
www.hirmandpublication.com
Tehran 2012